



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ACTITUDES DE ADULTOS JÓVENES VENEZOLANOS HACIA
LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ**

TUTORA:
VICTORIA TIRRO

AUTORA:
JOSELYN CASTAÑO

CARACAS, MARZO DE 2017



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

Actitudes de adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez

(Trabajo de investigación presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado (a) en Psicología)

Tutora:

Victoria Tirro

Autora:

Joselyn Castaño¹

CARACAS, MARZO DE 2017

Joselyn Castaño Ricchiuti, Departamento de Psicología Clínica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: joselyncastanor@gmail.com

Actitudes de adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez

Joselyn Castaño Ricchiuti

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Resumen

La presente investigación propuso conocer las actitudes de los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez. El estudio corresponde a una investigación no experimental, descriptivo-correlacional. La recolección de datos se realizó mediante la utilización de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX-R), elaborada *ad hoc* para el siguiente estudio; la misma cuenta con 41 reactivos de respuesta tipo Likert, divididos en tres dimensiones, a saber: Afectivo-Conductual, Prejuicios de discapacidad sexual y Sexualidad como experiencia afectiva, con indicadores apropiados de validez y confiabilidad. El estudio estuvo conformado por 403 adultos jóvenes venezolanos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 y 40 años. Entre los resultados se encontró la existencia de alta valoración afectiva en las actitudes de los participantes, observándose tendencia a responder prejuiciosamente en la dimensión *sexualidad como experiencia afectiva*. Por último, los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo de los participantes, su nivel de instrucción, área de conocimiento y frecuencia de interacción con adultos mayores.

Palabras clave: Actitudes, Prejuicios, Sexualidad, Vejez, Discapacidad sexual, Experiencia afectiva.

Attitudes of venezuelan young adults towards sexuality in old age

Joselyn Castaño Ricchiuti

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Abstract

In the present research it was proposed to know the attitudes of venezuelan young adults toward elders' sexuality. The study corresponds to non-experimental, descriptive-correlational research. Data collection was performed using the Attitude Scale towards Sexuality in Old Age (ACSEX-R), developed *ad hoc* for the following study. The scale has 41 questions on a Likert scale, divided in three dimensions, named: Affective-Behavioral, Prejudice of sexual disabilities and Sexuality as an affective experience, with appropriate indicators of validity and reliability. The sample consisted of 403 young Venezuelan adults of both sexes, aged between 20 and 40 years. Among the results we found the existence of a highly affective assessment in the attitudes of the participants, obtaining a tendency to respond biasedly in the sexuality dimension as an affective experience. Finally, the results showed statistically significant differences according to the sex of the participants, their level of education, area of knowledge and frequency of interaction with older adults.

Keywords: Attitudes, Prejudices, Sexuality, Old age, Sexual disability, Affective experience.

Agradecimientos

A mis padres y abuelos por ser quien soy, estar en cada paso que doy e impulsarme constantemente a ser mejor.

A mis hermanos, Esmeralda y Juan David, por su apoyo y amor incondicional.

A la Universidad Central de Venezuela y, especialmente, a la Escuela de Psicología por haberme brindado la oportunidad de lograr una meta más en mi camino profesional.

Al profesor Eduardo Santoro por recordarme diariamente que con esfuerzo y dedicación se pueden lograr grandes cosas.

A mi tutora, la profesora Victoria Tirro por creer en mí, guiarme y acompañarme en la culminación de esta etapa tan importante en mi vida.

Al profesor Dimas Sulbarán por su dedicación y apoyo en el desarrollo de esta investigación.

A los profesores de la Escuela de Psicología de la UCV con quien tuve la oportunidad de compartir en las aulas y fuera de ellas. Gracias infinitas por su afecto y profesionalismo.

A todos mis amigos, en especial a Mariale Muñoz y Luis Bravo, por su cariño y compañía, y estar a mi lado en los momentos más difíciles y emocionantes de mi vida universitaria.

Por último, agradezco a todos los que, de una u otra forma, estuvieron presentes en la elaboración de este trabajo de investigación.

Joselyn Castaño Ricchiuti

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	iii
Abstract	iv
Agradecimientos.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO REFERENCIAL	4
2.1. Actitudes.....	4
2.1.1. Naturaleza de las actitudes.....	4
2.1.2. Actitudes y conducta.	5
2.1.3. Tipos de actitudes.....	7
2.1.4. Componentes de las actitudes.	7
2.1.5. Actitudes y prejuicios.	8
2.2. Vejez y Envejecimiento	10
2.2.1. Aspectos Biológicos.....	14
• Órganos sensoriales.	14
• Piel.	15
• Aparato cardiovascular.	16
• Aparato locomotor.....	17
• Sistema nervioso.....	17
• Sistema endocrino y metabólico.....	18
• Órganos sexuales y respuesta sexual.	19
2.2.2. Aspectos psicosociales.	21
• Conciencia de que se empieza a envejecer.	21
• Condición social y limitación de actividades.....	22

• Apoyo social.....	23
2.3. Sexualidad: aspectos fundamentales.....	24
2.3.1. Generalidades.....	24
2.3.2. Los años y la sexualidad.....	26
2.3.3. Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.....	28
2.3.3.1. Estereotipos.....	31
2.3.3.2. Relaciones intergeneracionales.....	36
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
3.1. Justificación.....	42
IV. OBJETIVOS.....	45
4.1. Objetivo General.....	45
4.2. Objetivos específicos.....	45
V. MARCO METODOLOGICO.....	46
5.1. Tipo de investigación.....	46
5.2. Diseño de investigación.....	46
5.3. Análisis de variables.....	47
5.3.1. Variable de estudio: Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.....	47
5.3.2. Variables seleccionadas.....	48
5.4. Participantes.....	49
5.5. Instrumento.....	52
5.6. Procedimiento.....	53
Fase 1: Preparatoria.....	53
Fase 2: Trabajo de Campo.....	55
Fase 3: Análisis de resultados y revisión de las propiedades psicométricas del ACSEX.....	56

VI.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	69
6.1.	Análisis exploratorio de datos.	69
6.1.1.	Evaluación de casos atípicos.....	70
6.1.2.	Prueba de normalidad.	71
6.2.	Análisis descriptivo.....	72
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.....	72
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el sexo.....	74
	-Relación entre Actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad.....	77
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el nivel de instrucción.....	79
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el área de conocimiento.	86
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según la frecuencia de interacción. ..	91
	-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el tipo de contacto.	97
VII.	DISCUSIÓN	101
VIII.	CONCLUSIONES	107
IX.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	108
X.	REFERENCIAS	110
XI.	ANEXOS.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de la muestra según el área de conocimiento.</i>	51
Tabla 2. <i>Distribución de la muestra según el tipo de contacto</i>	52
Tabla 3. <i>Tabla de especificaciones de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (versión previa).</i>	52
Tabla 4. <i>Expertos para la validación aparente y de contenido.</i>	57
Tabla 5. <i>Expertos vivenciales para la validación aparente y de contenido.</i>	58
Tabla 6. <i>KMO y Prueba de Barlett del ACSEX -Análisis exploratorio.</i>	59
Tabla 7. <i>Varianza total explicada del ACSEX – Análisis exploratorio.</i>	59
Tabla 8. <i>Estructura Factorial de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez.</i> 62	
Tabla 9. <i>KMO y prueba de Bartlett para el ACSEX-R – Análisis confirmatorio.</i>	64
Tabla 10. <i>Varianza total explicada del ACSEX-R – Análisis confirmatorio.</i>	64
Tabla 11. <i>Estructura Factorial del ACSEX-R.</i>	65
Tabla 12. <i>Tabla de especificaciones del ACSEX-R.</i>	67
Tabla 13. <i>Coeficiente Alfa de Cronbach del ACSEX-R.</i>	68
Tabla 14. <i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.</i>	72
Tabla 15. <i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones del ACSEX-R.</i>	73
Tabla 16. <i>Estadísticos descriptivos según el sexo.</i>	75
Tabla 17. <i>Prueba T de Student para muestras independientes.</i>	76
Tabla 18. <i>Estadísticos de correlación de Pearson entre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad.</i>	78
Tabla 19. <i>Estadísticos de correlación de Pearson entre actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad, mediado por el sexo.</i>	79
Tabla 20. <i>Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según su nivel de instrucción.</i>	81
Tabla 21. <i>Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Afectivo-Conductual.</i>	82
Tabla 22. <i>Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Prejuicios de discapacidad sexual.</i>	83
Tabla 23. <i>Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Sexualidad como experiencia afectiva.</i>	84
Tabla 24. <i>Estadísticos descriptivos según el nivel de instrucción, recodificado.</i>	85

Tabla 25. <i>Prueba T de Student para muestras independientes.</i>	86
Tabla 26. <i>Tabla de contingencia Área de conocimiento y Afectivo-Conductual.</i>	88
Tabla 27. <i>Tabla de contingencia Área de conocimiento y Prejuicios de discapacidad sexual.</i>	89
Tabla 28. <i>Tabla de contingencia Área de conocimiento y Sexualidad como experiencia afectiva.</i>	90
Tabla 29. <i>Estadístico Chi-cuadrado.</i>	91
Tabla 30. <i>Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según su frecuencia de interacción.</i>	94
Tabla 31. <i>Tabla de contingencia Frecuencia de interacción y Afectivo-conductual.</i>	95
Tabla 32. <i>Tabla de contingencia Frecuencia de interacción y Prejuicios de discapacidad sexual.</i>	95
Tabla 33. <i>Tabla de contingencia Frecuencia de interacción y Sexualidad como experiencia afectiva.</i>	96
Tabla 34. <i>Tabla resumen del procedimiento ANOVA de un factor.</i>	97
Tabla 35. <i>Tabla de contingencia Tipo de contacto y Afectivo-Conductual.</i>	98
Tabla 36. <i>Tabla de contingencia Tipo de contacto y Prejuicios de discapacidad sexual.</i>	99
Tabla 37. <i>Tabla de contingencia Tipo de contacto y Sexualidad como experiencia afectiva.</i>	100
Tabla 38. <i>Estadístico Chi-cuadrado.</i>	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de la distribución de edad.	49
Figura 2. Gráfico de torta de la distribución según el nivel de instrucción.	50
Figura 3. Gráfico de barras de la distribución según la frecuencia de interacción.	51
Figura 4. Grafico de sedimentación del ACSEX.	60
Figura 5. Gráfico de sedimentación del ACSEX-R.	65
Figura 6. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R.	70
Figura 7. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R.	71
Figura 8. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según el sexo.	77
Figura 9. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según el nivel de instrucción.	82
Figura 10. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según la frecuencia de interacción.	93

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (versión previa).	117
Anexo B. Entrevista	119
Anexo C. Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX-R).	120
Anexo D. Cuadro resumen de los resultados obtenidos en la investigación.	122

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es, desde una visión *biopsicosocial*, un proceso progresivo e inevitable que conlleva diversos ajustes y modificaciones del ser humano a nivel morfológico, fisiológico, bioquímico, psicológico y social. Si bien, mientras se envejece, se presentan cambios en diferentes aspectos de la vida de la persona, la sexualidad y la respuesta sexual se mantienen. La sexualidad es un hecho natural y central en la vida de cualquier persona, siendo un fenómeno complejo que incluye una gran gama de aspectos tales como el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual y, que su vivencia y expresión se da a través de un conjunto de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS, 2006).

Pese a que la Organización Mundial de la Salud defina de forma vasta la sexualidad, investigaciones realizadas en diferentes países de América y Europa, han demostrado que gran parte de las sociedades circunscriben la sexualidad a su aspecto meramente reproductivo y ésta, además, está íntimamente ligada a estándares de belleza y juventud, impuestos por la sociedad moderna y medios de comunicación. Dado que la función reproductiva disminuye con los años, se tiene la falsa creencia de que la respuesta sexual también se reduce; lo cual refiere que entre más edad se tiene, aumenta la probabilidad de perder cualidades tanto físicas como psicológicas asociadas a la vida sexual de la persona. No obstante, lo cierto es que la sexualidad abarca mucho más, y es el significado que la persona tenga sobre ella lo que determinará el cómo se experimentará en las diferentes etapas de la vida (Freixas y Luque, 2009; Nussbaum, Miller-Day y Fisher, 2011; Cerquera, López, Nuñez y Porras, 2013; López y Olazábal, 1998).

De acuerdo con lo anterior, se han estudiado las representaciones sociales negativas que las personas poseen sobre la sexualidad y la vejez, que de una u otra forma están determinando la forma de actuar, pensar y percibir a un grupo y, la manera en que ese grupo se integra y valora a través de estos referentes (Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda, 2007).

Cuando las personas llegan a la vejez, su imaginario con respecto al envejecimiento sufre una confusión con respecto a la vejez que está experimentando y las ideas que tenía

sobre ella, lo que genera que se autoimponga una serie de enfermedades y descalificativos que son efectos de los propios prejuicios frente a la edad; lo mismo ocurre con respecto a la sexualidad en esa etapa, debido a que estos mitos han estado perpetuados en la sociedad por tanto tiempo. Inmediatamente al pensar en envejecimiento, la persona lo asocia a una inevitable pérdida del interés y la capacidad sexual, trayendo como consecuencia que se le atribuya estas pérdidas como efectos propios del proceso de envejecimiento y, cualquier manifestación de sexualidad se considera como una forma de conducta inadecuada y/o una desviación (García, 2005).

La actitud es, entonces, la valoración que el sujeto hace de un objeto o grupo por el resultado de una gran cantidad de imaginarios contruidos por las sociedades. Los referentes nacen de creencias erróneas que, de una u otra forma, descalifican las capacidades tanto físicas como psicológicas de la vejez y maximizan los aspectos positivos en la juventud, tales como belleza, estatus social, dinamismo, entre otros.

A partir de lo expuesto hasta ahora, se considera pertinente conocer cuáles son los estereotipos que han estado marcando la vida sexual de la población venezolana y, en particular, la de los adultos mayores. Tomando en cuenta que en Venezuela se han realizado pocas investigaciones sobre cómo se experimenta la sexualidad en la vejez y cómo es percibida desde la juventud, la adultez y la misma ancianidad y, si se plantea como objetivo conseguir una sociedad con una visión más amplia y certera sobre la sexualidad vivida en la vejez, es necesario conocer las percepciones que los adultos jóvenes venezolanos tienen sobre ella, puesto que ellos serán los adultos mayores del mañana y dependiendo de las actitudes que tengan actualmente frente al tema, experimentarán de manera sana y libre su sexualidad.

En este orden de ideas y en virtud de la importancia de los aspectos relacionados con el fenómeno a estudiar, el presente trabajo de investigación proporciona un estudio descriptivo sobre las actitudes presentes en un grupo de adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez. Varios autores han señalado que los prejuicios sobre la sexualidad en la vejez vienen dado a la falta de información sobre el tema por parte de entes calificados y a las pocas demandas que tanto jóvenes como adultos mayores han hecho para adquirir conocimiento veraz sobre ello, de ahí que siga siendo una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y menos explorada (Molina, 2013; Orozco y Rodríguez, 2006;

Wong, Álvarez, Domínguez, Santos y González, 2010); por tanto, se espera desarrollar investigaciones sobre el área que proporcionen el conocimiento necesario de estas variables en la población venezolana, de modo que se puedan realizar y ejecutar acciones que ayuden a disminuir los estereotipos negativos y prejuicios asociados.

Conocer, cuáles son las actitudes que tienen los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez es el planteamiento principal de esta investigación. Para dar respuesta a esta interrogante, se elaboró una Escala tipo likert (Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, ACSEX-R), que evalúa tres tipos de prejuicios hacia la sexualidad en la vejez, presentes en la población venezolana, a saber: *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*.

La muestra estuvo constituida por 403 participantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 20 a 40 años. El proceso del análisis estadístico de los datos, permitió evidenciar que, en términos generales, los participantes presentaron más actitudes prejuiciosas en los aspectos relacionados a la sexualidad como experiencia. Asimismo, se hicieron comparaciones entre grupos según el sexo, la edad, nivel de instrucción, áreas de conocimiento, frecuencia de interacción y tipo de relación con personas longevas.

A continuación, se presentará de forma sistemática los componentes que hicieron posible la estructuración del presente trabajo de investigación: se comenzará con el Capítulo II, donde se presenta el marco referencial, que incluyen los antecedentes de las variables a estudiar y sus enfoques teóricos. El Capítulo III, por su parte, muestra el planteamiento del problema y la justificación de la investigación; mientras el Capítulo IV sigue con los objetivos de la misma. Posteriormente, en el Capítulo V se encuentra el marco metodológico, que contiene el tipo y diseño de investigación, los participantes del estudio, el instrumento de recolección de los datos y sus propiedades psicométricas, y las fases del procedimiento que se llevaron a cabo. En el Capítulo VI se muestra el análisis de resultados, en el cual se describe los datos obtenidos, a través de tablas y gráficos de cajas y bigotes. En el Capítulo VII, se expone la discusión de los resultados a la luz del marco referencial y en el siguiente capítulo, se puntualizan las conclusiones obtenidas. Finalmente, se presentan recomendaciones para futuras investigaciones con el objetivo de lograr mejores aproximaciones del fenómeno, tomando en cuenta las limitaciones del presente estudio. Se cierra con las referencias bibliográficas y los anexos.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1. Actitudes

2.1.1. Naturaleza de las actitudes.

Durante varias décadas se han realizado infinitos estudios sobre la definición de las actitudes, desde sus inicios hasta la actualidad el tema se ha ido enriqueciendo con la mirada de las actitudes desde otras áreas de conocimiento, y no solo desde la psicología social. A pesar de la larga historia de investigación sobre las actitudes, sigue sin tenerse una definición que sea aceptada universalmente (Olson y Zanna, 1993).

Dentro de las diferentes concepciones sobre la naturaleza de las actitudes, se encuentra la clásica definición de Allport (1935) donde señala que la actitud “es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”. Según Melero (2006), autores como Murphy, Murphy y Newcomb (1937), aseveran que la actitud es “un modo de situarse a favor o en contra de determinadas cosas”, mientras que Katz y Stotland (1959), mantenían que es “una tendencia o disposición a evaluar un objeto o el símbolo de ese objeto de una determinada manera” (p. 6).

Desde la cognición social, Partkanins y Greenwald (1989 c.p. Olson y Zanna, 1993), consideraron a las actitudes “como una representación cognoscitiva de evaluaciones que cumplen un papel fundamental en la relación del individuo con su mundo social” (p. 120).

Jones (1990 c.p. Molina, 2013), definió la actitud como un conjunto de creencias y valores que el individuo concede a una clase específica de objetos, situaciones o personas. Kerlinger y Lee (2002), por otro lado, la definen como una predisposición organizada a pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo. Hacen referencia a una estructura perdurable de creencias que hace que el individuo tienda a comportarse de manera selectiva hacia los referentes de actitud.

A pesar de las diferentes concepciones que se tiene sobre las actitudes, los autores han coincidido en varios elementos: *a) la evaluación constituye el aspecto central*

predominante sobre las actitudes, dado que responder evaluativamente a un objeto o entidad, crea o forma la actitud y ésta predisponen respuestas evaluativas al presentarse, posteriormente, el objeto actitudinal (Eagly y Chaiken, 1992 c.p. Olson y Zanna, 1993); *b) las actitudes se representan en la memoria*, según diferentes autores (Anderson y Armstrong 1989; Kruglanski 1989; Fazio 1990; Pratkanis y Greenwald 1989 c.p. Olson y Zanna, 1993) las actitudes se han caracterizado por presentarse como estructuras de conocimiento, o como redes asociativas de evaluaciones interconectadas y creencias; y *c) se diferencian los antecedentes afectivos, cognitivos y conductuales y respuestas afectivas, cognoscitivas y conductuales* (Olson y Zanna, 1993).

2.1.2. Actitudes y conducta.

Dentro de las teorías que dan explicación entre la actitud y la conducta se encuentra la Teoría de la acción razonada. Esta teoría surge dentro de la necesidad de conocer y contextualizar los comportamientos individuales que se encuentran permeados por ciertos procesos grupales. Fishbein y Ajzen (1975 c.p. Rueda, Fernández y Herrero, 2013), refieren que el objetivo de dicha teoría es conocer y predecir el comportamiento humano, es por ello que hablan de la intención como el mejor indicador o previsor de la conducta. La intención tiene como antecedente directo dos tipos de variables determinantes o explicativas: *1) la actitud hacia el comportamiento*, hace referencia a la predisposición favorable o desfavorable hacia la acción y es la consecuencia de las creencias que el individuo tiene en relación a su conducta y la evaluación que hace de ese sistemas de creencias; y *2) la norma subjetiva*, es la evaluación que hace el individuo sobre la opinión que otras personas tienen sobre su comportamiento, es decir, creencias sobre lo que los otros piensan que se debe hacer o no, y la motivación para ser coherente frente a los deseos de esas personas. De manera que, tanto la actitud como la norma subjetiva anteceden a la intención conductual, que a su vez, precede a la conducta volitiva (Rueda y cols. 2013).

A partir de la Teoría de acción razonada se generaron modelos alternativos donde se pretende dar lugar a aspectos que se critican de dicha teoría. Uno de esos modelos fue el propuesto por Fazio (1990 c.p. Olson y Zanna, 1993), llamado modelo MODE, el cual hace énfasis en dos elementos como determinantes de las actitudes sobre la conducta, estos son la

motivación y oportunidad. Fazio argumenta que cuando los individuos están altamente motivados para pensar intencionadamente sobre el objeto actitudinal y, a su vez, tienen la oportunidad de hacerlo, las actitudes van a determinar las conductas tal como lo explica la teoría de la acción razonada, sin embargo, cuando ninguno de los elementos se presentan (motivación y oportunidad), el individuo sólo podrá acceder a las actitudes altamente posibles y son ellas quienes guiarán las conductas, por tanto este autor se centra en los efectos deliberados de las actitudes sobre la conducta (Olson y Zanna, 1993).

Por otro lado, se encuentra la Teoría de la Acción Planeada propuesto por Ajzen en 1985. Este modelo le añade el control conductual percibido, como un tercer predictor de las intenciones, independiente de las actitudes y normas subjetivas. Si bien el autor ha señalado que las evidencias encontradas sustenta el modelo, el poder predictor que se logra al agregar diferentes variables que suelen estar ligadas a estos procesos, mejora sólo levemente (Olson y Zanna, 1993).

Eagly y Chaiken (2005), proponen un Modelo Compuesto, en el cual se incluye tanto la actitud hacia los objetos como la actitud hacia las conductas. Estos autores proponen que las actitudes pueden formarse mediante procesos cognitivos, afectivos y conductuales y expresarse por medio de respuestas del mismo tipo, cognitivas, afectivas y conductuales, por lo que las actitudes pueden tener varios antecedentes y diversos resultados.

Así mismo, Eagly y Chaiken (2005), parten de la definición de otros autores en donde la actitud es un juicio evaluativo, señalando en ese sentido: “las actitudes son tendencias o propiedades latentes de la persona que generan juicios y categorizaciones, así como muchos otros tipos de respuestas como las emociones y las conductas manifiestas” (p. 5). Considerando lo anterior, los autores también hacen referencia a la variabilidad de las actitudes a lo largo de una dimensión temporal. Ellos indican que algunas actitudes son relativamente permanentes y formadas, en algunos casos, en la infancia temprana y mantenidas a lo largo de la vida; otras actitudes son construidas y luego cambiadas, mientras que hay otras que son formadas, pero al no ser evocadas con frecuencia, cambian o por el contrario, desaparecen. De igual modo, señalan que las actitudes pueden ser tanto duales como múltiples hacia el mismo objeto actitudinal, y va a depender de la estructura que se haya creado sobre el objeto.

Partiendo de este modelo, Eagly y Chayken (1993), conciben las actitudes como “una tendencia psicológica que se expresa por una evaluación de una entidad particular con cierto grado de agrado o desagrado” (c.p. Eagly y Chaiken, 2005, p. 5).

En definitiva, y para efectos de esta investigación, se tomará la propuesta de Eagly y Chaiken, donde se afirma que el ser humano relaciona la información que recibe del mundo en torno a dimensiones evaluativas, siendo las actitudes aquellas “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” (Morales, 2007, p. 459).

2.1.3. Tipos de actitudes.

La actitud hace referencia al grado positivo o negativo con el que una persona tiende a juzgar algún aspecto del objeto, situación o experiencias dadas. Estas evaluaciones que la persona hace pueden ser positivas, negativas o neutras, y podrán variar dependiendo de su grado de extremosidad o intensidad.

Las actitudes positivas suponen, entonces, un grado de favorabilidad en la evaluación o juicios generales de un determinado objeto actitudinal. Por otra parte, las actitudes neutras son aquellas actitudes que pueden sufrir transformaciones en forma negativa o positivamente, las personas con este tipo de actitudes muestran tendencias a percibir al objeto o situación sin relación consigo misma, sin rechazarla ni favorecerla; mientras que las actitudes negativas suponen un grado de desagrado y/o rechazo en la evaluación o juicios generales que las personas tienen frente al objeto (Morales, 2007).

2.1.4. Componentes de las actitudes.

Partiendo de la concepción tripartita de las actitudes, se asume que la actitud puede concebirse como un término multidimensional el cual está constituido por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual (Rodríguez, 1991; Morales, 2007). A continuación se explica cada uno:

- Componente cognitivo: implica los conocimientos, pensamientos, ideas y creencias que tienen las personas frente al objeto o hecho social. Además, si esta información se apoya en valores u opiniones consolidadas en la estructura cognitiva del individuo puede verse notablemente reforzada, lo cual genera una actitud más firme y operativa (Rodríguez, 1991; Morales, 2007).
- Componente afectivo: hace referencia al conjunto de sentimientos, preferencias, estados de ánimos y emociones relacionados al objeto de actitud. Este componente suele ser considerado el aspecto fundamental de las actitudes, debido a que numerosas actitudes se orientan al acercamiento o distanciamiento del objeto evaluado (Rodríguez, 1991; Morales, 2007), y al presentarse estos elementos afectivos son motivadores de reacciones intermedias y de conductas futuras (Salazar, 1994 c.p. Molina, 2013).
- Componente conductual: se presentan aquellas intenciones o disposiciones a la acción como los comportamientos manifiestos hacia al objeto, lo que ayudará a predecir la conducta futura del individuo hacia el objeto actitudinal (Morales, 2007).

2.1.5. Actitudes y prejuicios.

La actitud es vista como la predisposición de una persona a reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto, sea éste una cosa, una experiencia, otra persona, grupos, etc., lo cual emana de la representación social que se ha construido acerca de ese objeto en particular. Las actitudes, entonces, pueden permanecer estables en el tiempo o cambiar a partir de que el individuo o el grupo que las mantiene reciba información complementaria sobre el contenido de las mismas (Bohner y Dickel, 2011).

Cabe destacar que las actitudes parecen inscribirse en la historia personal de los individuos y éstas varían por sus propias experiencias o aquellas que forman parte de otras de contenidos históricos y generacionales; por lo tanto, no solo la experiencia misma determina la actitud sino que está configurada también por elementos externos de pertenencia de una generación o un momento histórico y contexto en especial, de ahí que algunas personas puedan albergar sentimientos y juicios desfavorables con respecto a otras personas o grupos sociales, lo que les lleva a desarrollar prejuicios y crear estereotipos (Melero, 2006).

El prejuicio se define como una tendencia o actitud negativa, con aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, hacia una categoría social de personas o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo (Montes, 2008; Paluck y Green, 2009). Dicho en otras palabras, es un fenómeno intergrupal donde existe una orientación negativa o desfavorable hacia un grupo social y sus miembros, creando generalizaciones excesivas de creencias erróneas y exageradas sobre los atributos de este grupo; a estas creencias se le llaman *estereotipos* (Smith, 2006). Los estereotipos se elaboran más a nivel cognitivo, mientras que las actitudes son más afectivas, sin dejar por fuera que ambos tienden a ir juntos, es decir, los estereotipos negativos usualmente producen actitudes negativas y éstas sustentan a los estereotipos negativos (Palmore, 1990; Jensen y Vogel, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la perspectiva socio-cognitiva, “se consideran a los prejuicios como fenómenos de conocimientos constituidos por estereotipos y que llevan asociados un componente conductual” (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010, p. 75). En cambio, Walter Lippmann (1922 c.p. Cerquera y cols., 2010), primer autor que habla sobre la noción de estereotipo desde una posición socio-psicológica, lo define como el conjunto de imágenes mentales indispensables para afrontar la gran cantidad de información que proviene del entorno. Para este autor, los estereotipos son percepciones equivocadas que permiten filtrar la realidad objetiva y se clasifican en negativos y positivos.

León y cols. (1998 c.p. Cerquera y cols., 2010), por otra parte, mencionan varias definiciones de estereotipos de diferentes autores, una de ellas es la noción de estereotipo a partir de dos dimensiones. En primer lugar se menciona la condición disfuncional o defectuosa del pensamiento, la cual hace referencia a la no correspondencia de la realidad debido a la construcción errónea o falsa del pensamiento, con una actitud defensiva, sobregeneralizada y sobrevalorada acerca el rechazo de un grupo; en segundo lugar, se refiere al acuerdo o consenso social, por lo que los estereotipos se definen como características que se le atribuyen al grupo según el consenso de opiniones.

En suma, los estereotipos son “imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del prejuicio y la discriminación hacia ese grupo” (Vicente, 2011, p. 137). La discriminación, entonces, hace referencia al trato diferencial, y por lo general injusto, de un conjunto de personas por el simple hecho de pertenecer a la categoría social a la que corresponde, es decir, son aquellas conductas

relacionadas a limitar o negar el trato igualitario a ciertas personas o grupos sociales (Allport, 1954, c.p. Smith, 2006).

Se evidencia, entonces, cómo los prejuicios, los estereotipos y la discriminación son fenómenos importantes de las relaciones intergrupales (Smith, 2006), dado que proporcionan información sobre cómo las creencias consensuales sobre las características de ciertos grupos sociales afectan las actitudes que las personas tienen hacia los miembros del grupo, y cómo suelen actuar frente a ellos.

Para efectos de la investigación, se hizo referencia al *viejismo*, el cual se puede definir como las “conductas que implican un trato no igualitario hacia los integrantes de un grupo de edad en virtud de su pertenencia en ese grupo y es entendido como un proceso de estereotipia y discriminación en contra de la gente mayor, en razón a su edad” (Vicente, 2011, p. 138), es decir, el *viejismo* se relaciona al mantenimiento de estereotipos y actitudes prejuiciosas hacia una persona, por el simple hecho de ser mayor, lo cual puede desencadenar en conductas discriminatorias (Pinazo, 2013).

2.2. Vejez y Envejecimiento

La palabra *vejez* viene de la voz latina *vetus*, que se deriva de la raíz griega *etos* que significa *años*, *añejo*. Si bien el significado de *vejez* es años, para algunos la noción que se tiene de *vejez* está relacionada a veces con la experiencia y sabiduría de los viejos, mientras que para otros es vista como una edad de enfermedad o dificultades. Las diferentes imágenes que se tienen con respecto a este constructo se van determinado por las percepciones y representaciones que circulan en las conversaciones cotidianas, en las calles y espacios públicos, en fin, en la sociedad (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009).

Las nociones o definiciones de lo que es o se considera *vejez* no han sido uniformes a lo largo de la historia. Por ejemplo, como lo señala Ramos y cols. (2009), tanto en Egipto como en China la *vejez* fue considerada como un factor importante de la comunidad, y estaba asociada a la divinidad, la ética, la política, la familia y la sabiduría. De igual manera sucedía en culturas aún más antiguas como en Mesoamérica, en donde se les otorgaba a los ancianos un papel importante con aspectos mitológicos y proféticos, considerándolos personas llenas

de experiencia y de sabiduría, por tanto, se puede suponer que la noción de vejez en este momento histórico, se relacionaba con el *saber*.

Para la Antigua Grecia la concepción de vejez no era la misma, pues se comenzaron a generar imágenes desagradables y negativas sobre los ancianos, mientras se les atribuía a los jóvenes cualidades como la fuerza, el poder y la belleza. En la Edad Media, junto a la mirada del cristianismo de la época, la vejez representaba la comprensión en la vida amorosa y afectiva, en la medida que la persona se volvía más adulto obtenía mayor madurez y dignidad (Bouwsmma, 1981 c.p. Ramos y cols., 2009); y gracias a las experiencias vividas a lo largo de los años, éstas otorgaban mayor conocimiento y sabiduría. Con el tiempo, llega la época moderna y los ancianos se presentan como una amenaza al orden racional de la modernidad. La revolución industrial marcó un período donde la vejez se separó de aquellos puestos importantes dentro en la sociedad pasando a ser dependientes de los más jóvenes.

En el siglo XX, en las sociedades occidentales, se generan complejas interacciones de la vida social e individual dado a las constantes transformaciones a nivel político, económico, social y cultural que se vivió hasta ese momento. Los ancianos pasan a otro plano a nivel social debido a las exigencias del medio y necesidades económicas de la población (Lozano-Poveda, 2001). A finales del siglo XX se determinan en la sociedad estratificaciones por edades y el concepto de vejez se ata a la edad como

“un mecanismo para determinar el acceso a ciertas posiciones... Cuando los conocimientos acumulados comienzan a perder su valor, cuando se especializaron los métodos de trabajo y de vida, la experiencia de la vejez perdió importancia en relación al conocimiento de los jóvenes” (Ramos y cols., 2009, p. 49).

Considerando lo anterior, es a mediados del siglo XX cuando los estudios sobre vejez toman interés, gracias a su vez a la aparición de la Gerontología y a la evolución de la Psicología del Desarrollo (Ramos y cols., 2009). En los últimos años, diversos autores han presentado sus diferentes concepciones de vejez; estas nociones se enmarcan en tres dimensiones: la biológica, la psicológica y la social, las cuales son, actualmente, las más consideradas para dicha definición. A continuación se expondrán algunas visiones de la vejez, según diversos autores.

Belsky (2001, c.p. Aponte, 2013) desde una perspectiva biológica, sugiere “que el envejecimiento se trata de un fenómeno biológico consistente a una serie de cambios progresivos que se dan durante la vida del individuo y que, en general, reducen su capacidad de supervivencia” (p. 22). Asimismo, Point Geis (1997 c.p. Ramos y cols., 2009) expresa que “...el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades” (p. 50) disminuyendo su funcionalidad, logrando que el individuo sea cada vez más incapaz.

Craig (2001), considera que el envejecimiento es un fenómeno universal pues todos los sistemas del organismo envejecen y lo hacen de manera gradual, éstos tienen gran capacidad de reserva y no se perciben sus efectos hasta los últimos años de la adultez. Por otro lado, López y Olazábal (1998), delimitan su noción de vejez a una construcción social. Los autores plantean que la vejez se suele entender como la etapa de vida que va desde los 65 años a la muerte y que esto va a variar de acuerdo a las distintas sociedades y de unos momentos históricos a otros. De igual modo, cada etapa de la vida (infancia, adolescencia, adultez y vejez) son conceptos sociales que toman como referencia la edad, y al ser este un criterio de organización social, logra que la sociedad pueda asignar estatus, roles, normas y expectativas a los diferentes rangos de edades. Por tanto, los procesos de envejecimiento fisiológico en general, y los referidos a la vida sexual en particular, se corresponden a las atribuciones y creencias que hace la sociedad sobre los ancianos, teniendo como resultado que se le dificulte su vida social y sexual.

Es por ello que para Ribera (2004), definir vejez es extraordinariamente complejo. Para este autor, delimitar a partir de qué edad se puede considerar a una persona vieja o anciana es complicado puesto que el relativismo y lo subjetivo juegan un papel desdeñable. La palabra *viejo* o *vieja* “aplicada a una persona no deja de ser una expresión equívoca que no puede identificarse con o a partir de una edad determinada” (p. 8); el establecer la noción de vejez en función a la edad tiene sentido sólo en dos situaciones.

La primera, el fenómeno social de la jubilación (López y Olazábal, 1998); la sociedad, a través de sus órganos representativos, ha establecido una determinada edad para que las personas puedan seguir ejerciendo cualquier actividad laboral, lo que supone una cierta forma de muerte civil obligatoria que afecta considerablemente a aquellas personas que aún están plenos en sus facultades intelectuales y físicas, condicionando la duración de la vida útil y activa (Ribera, 2004).

La segunda situación se basa en la relativa a los estudios de población; dependiendo del objetivo que se persigue en cada investigación, clínica o social, se determina la línea divisoria la cual es mucho más aleatoria que la anterior (Ribera, 2004). Fuera de estos dos casos, el autor señala que no existe razón para establecer un límite basado en la edad, ya que no se es viejo desde un momento determinado.

Teniendo en cuenta lo anterior, Moragas (1998 c.p. Echenique, 2006) considera la vejez como una etapa vital en el ser humano que involucra también lo subjetivo de la persona, “es un reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente (...) posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y subjetivas del propio individuo” (p. 5).

Ahora bien, desde la perspectiva de la gerontología y la psicología del desarrollo se prefiere utilizar el término *envejecimiento*, en vez del término *vejez*, dado que involucra elementos psicológicos, sociales y aspectos biológicos (Ramos y cols., 2009).

El envejecimiento es un proceso donde se presentan diversos ajustes y modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales que van ligado al contexto ambiental donde se desarrollen y se inician a partir de los 30 años de edad, luego del crecimiento y la madurez (Albretch y Morales, 1999 y Rice, 1997, c.p. Ramos y cols., 2009).

Fernández-Ballesteros (2004), desde una perspectiva psicológica, hace referencia a las diferencias entre vejez y envejecimiento desde la noción de edad, sin embargo concluye que tanto el proceso de envejecimiento como la vejez, visto como estado o periodo, debe ser considerada desde el una visión *bio-psico-social*. Por ello la autora ha llamado “edad funcional” al resultado de la unión de diferentes aspectos: *biológicos*, caracterizado por la información genética que trae consigo el individuo; *psicológicos*, a la velocidad en el procesamiento de información, memoria y coordinación; y *sociales*, a los niveles de productividad y participación en la sociedad. De modo que, el envejecimiento es un fenómeno multidimensional el cual tiene una base biofísica y junto a ella se desarrollará un envejecimiento psico-social.

El proceso de envejecimiento es progresivo e inevitable en el ser humano y afecta tanto a nivel estructural como funcional. Este proceso va a ser distinto de persona a persona debido a que los órganos no envejecen al mismo tiempo ni de la misma forma y, estos a su

vez, dependerán de diversos factores externos. Baltes y cols. (2005 c.p. Fernández-Ballesteros, 2011), señalan que a lo largo del proceso de envejecimiento (tanto a nivel histórico como intraindividual) existen una gran cantidad de interacciones entre el organismo biológico y el ambiente, lo que produce un cambio constante entre ambos, cobrando mayor importancia el ambiente social en el proceso de envejecer.

A continuación se presentarán los cambios más significativos que influyen en el proceso de envejecimiento.

2.2.1. Aspectos Biológicos.

Las transformaciones físicas son las más evidentes en el proceso de envejecimiento, puesto que a nivel orgánico se producen deterioros o reducciones en el funcionamiento de todos los sistemas y órganos del cuerpo; estos cambios pueden afectar a las personas adultas mayores en su desenvolvimiento diario e inclusive a nivel sexual.

- ***Órganos sensoriales.***

Los cambios en los órganos sensoriales son uno de los principales signos de envejecimiento. A medida que pasa los años se presenta la pérdida de eficiencia y sutileza de la vista, el oído, el tacto y demás sentidos (Craig, 2001; Cobo, 2009).

En el aparato auditivo interno aparecen signos de rigidez en la membrana basilar y el tímpano, hay presencia del trastorno vascular local que influye en las modificaciones estructurales del oído interno y alteración histológica generalizada (en células sensoriales de la cóclea, órgano de Coti, etc). Por otra parte, en la zona externa del oído se presenta mayor cantidad de vello en el pabellón auditivo, crecimiento de la oreja, la cual es más frecuente en ancianas por el uso continuo de zarcillos pesados (provocando otocalisis), y pérdida de elasticidad en las orejas (Cobo, 2009).

Las modificaciones del aparato auditivo, tanto a nivel interno como externo, mermarán la percepción auditiva de la persona, generalmente después de los 75 años (Nistal, 2012). Gracias al deterioro de la audición, la persona está más propensa a adquirir conductas de aislamiento, debido a que con el tiempo no discrimina el habla, no la comprende y por tanto no entiende los mensajes recibidos, disminuye la cantidad y frecuencia de las

conversaciones con otros, comienza a desconfiar de los demás y muestra irritabilidad en su entorno; por lo general el anciano piensa que la gente habla o cuchichea sobre él, y no admiten su pérdida auditiva (Cobo, 2009).

En el aparato gustativo, con el paso de los años se puede hallar que las propiedades del gusto disminuyen notablemente, se presenta la atrofia de las papilas gustativas en grandes porciones por lo que disminuye la capacidad de captar los diferentes sabores. Los ancianos cambian sus conceptos sobre los alimentos, algunas veces escogerán la comida por su aspecto y no por su sabor. Asociado a este problema se presentan alteraciones como la pérdida de los dientes, problemas de digestión, dietas terapéuticas y anorexia en el anciano (Cobo, 2009).

Por otro lado, las modificaciones físicas de la nariz son cada vez más visibles. Hay disminución o desaparición de la mucosa lo que conduce a la sequedad de la zona, a una debilidad consecuente y al aumento del riesgo de hemorragias. Asimismo, las células sensitivas-olfativas disminuyen su capacidad de olfatear –anosmia (Cobo, 2009).

Otro de los sentidos afectado es el tacto, puesto que se merma la identificación y sensación dolorosa y hay dificultad para discriminar y valorar la temperatura de diversos estímulos. Por último, la vista también sufre algunos cambios. Se evidencia un aumento de lagrimeo por irritación, ausencia de lagrimeo, entropión o párpados hundidos hacia afuera y hacia adentro, atrofia de los músculos periorbitales del ojo y, aparición del arco senil, entre otros. La disminución de actividad visual normal está relacionada con el deterioro funcional intenso presente en el transcurso de la vida de la persona (Cobo, 2009; Nistal, 2012).

- **Piel.**

La piel produce diversos cambios en su estructura. Cobo (2009), señala que ésta se torna flácida y poco turgente por las alteraciones en el colágeno y la elastina, conjuntamente a la pérdida de agua en la dermis y epidermis. Hay atrofas en las glándulas sebáceas, folículos pilosos activos y glándulas sudoríparas, produciendo sequedad en la piel. Asimismo, el autor refiere que las arrugas en la cara son uno de los deterioros más destacados en la vejez. Surgen en sentido perpendicular a la dirección de contracción del musculo y su aparición, hondura y cantidad depende de varios factores tales como la gesticulación, cambios de peso a lo largo de la vida, tendencia genética, condiciones externas

(radiaciones solares, falta de luz, temperaturas), tendencias a menor tejido adiposo, deshidratación, reproducción lenta de las células dérmicas, entre otros.

Otro síntoma importante son las denominadas “lentigo senil”, llamadas cotidianamente *pecas*, las cuales son manchas marrones que aparecen en diversas partes del cuerpo; finalmente la piel presenta en la vejez problemas de cicatrización, motivado a la carencia de vascularización en la misma y el déficit del sistema inmunológico (Cobo, 2009).

- ***Aparato cardiovascular.***

A nivel del sistema cardiovascular existen dos tipos de modificaciones: morfológicas y funcionales. Ocampo y Gutiérrez (2005), señalan que en los cambios estructurales a nivel cardiaco se observa que el corazón presenta sistemas de debilitamiento, se modifica ligeramente su color de rojo a marrón, hay un aumento en su peso, existen cambios a nivel del miocardio, pericardio y endocardio y, se acumula mayor cantidad de grasa envolvente. Asimismo, se presenta la calcificación del sistema de conducción cardiaco y del aparato valvular. Aumenta la rigidez miocárdica, hay disminución de la relación elastina/colágeno y en el número de células del nodo sinusal, entre otros.

A nivel vascular, se presentan irregularidades en la morfología de las células endoteliales, en la fragmentación de la elastina en la lámina elástica interna y la media, hay incremento en la rigidez de la pared de las arterias, con aumento en la velocidad de la onda de pulso y, disminución de la vasodilatación medida por estímulo β -adrenérgico.

Por otro lado, los autores aseveran que los cambios funcionales se determinan por diferentes factores que dependen de los mecanismos biofísicos que regulan el miocardio y la función ventricular. Se presentan disfunciones en el llenado cardiaco y pre-carga, post-carga, gasto cardiaco, contractibilidad miocárdica y fracción de eyección.

Todas estas transformaciones son una causa importante en la disminución de la fuerza y la resistencia física general del anciano, debido al cambio de frecuencia y gasto cardiaco del ritmo. Esta situación trae como consecuencia la falta de adaptación y recuperación del sistema ante esfuerzos intensos, por lo que se genera un ahorro del flujo sanguíneo destinado a los demás órganos del cuerpo y una disminución del consumo máximo de oxígeno (Cobo, 2009; Mecohisa, 2011).

- ***Aparato locomotor.***

Con los años, los músculos pierden su masa y se atrofian las fibras musculares a favor de la grasa y las células musculares se destruyen sin regenerarse (Mecohisa, 2011; Nistal, 2012). Existen atrofias en los pterigoideos (músculos que participan en la masticación), perdida de tensión en los músculos periorbitales y potencia en los músculos de las extremidades causando deambulacion más torpe e insegura (Cobo, 2009). Por otro lado, las articulaciones se tornan menos flexibles, el líquido que se encuentra dentro de estas disminuye. Hay presencia de alteraciones en los cartílagos por el aumento de la rigidez del colágeno, lo que deriva a fibrosis local periférica, perdida de elasticidad y artrosis (Nistal, 2012).

A nivel de masa ósea, se presenta pérdida de la densidad ósea en todo el esqueleto, lo que implica disminucion en la altura y transformacion de la silueta. Es muy frecuente cierto nivel de osteoporosis en el anciano y sobretodo en la mujer, debido al periodo posmenopáusico que experimentan. Como consecuencia de todos estos cambios el anciano pierde movilidad, fuerza y resistencia; sus habilidades motoras y tiempo de reaccion disminuyen por lo que los movimientos son más lentos y rígidos, originando que actividades sencillas se tornen peligrosas por el riesgo a caídas (Cobo, 2009; Nistal, 2012).

- ***Sistema nervioso.***

Dávila, Ojeda, Fosado, Soto y Hernández (2012) aseveran que en el proceso de envejecimiento se generan cambios en el peso y volumen del cerebro. El bajo peso cerebral afecta a la sustancia gris cortical y a las áreas subcorticales, como consecuencia de la disminucion del flujo sanguíneo y de los procesos arteriosclerosis. Además, se presenta atrofia axónica y reduccion en el número de sinapsis, consecuencia del descenso del árbol dendrítico y las espinas dendríticas (Portellano, 2005).

La degeneración de los neurofilamentos situados en el interior de las neuronas altera el citoesqueleto y disminuye la velocidad de la conduccion de los impulsos nerviosos; la pérdida progresiva de las vainas de mielina y la alteración de su estructura química produce una disminucion en la velocidad de transmision de los diferentes estímulos (Portellano, 2005). Al presentarse la pérdida de la reserva neuronal conjuntamente a una baja del flujo sanguíneo, se genera una mala coordinacion psicomotriz (Dávila y cols., 2012).

De igual modo, Salech, Jara y Michea (2012), afirman que se presenta un aumento del líquido cefalorraquídeo y existen cambios no generalizados en la arborización neuronal. Se modifican los canales de calcio y receptores GABA para la transmisión sináptica, lo que pudiera alterar el balance entre la neurotransmisión inhibitoria y estimuladora. Estos autores aseguran, además, que hay alteraciones en las respuestas del sistema autónomo y en numerosas vías de neurotransmisores como la dopaminérgica, colinérgica y serotoninérgica. Estas transformaciones producen lentitud en el cerebro para procesar información, resolver problemas complejos y reaccionar ante diferentes estímulos.

La memoria a corto plazo, la atención y la concentración se ven disminuidas, debido a un déficit en los circuitos colinérgicos del hipocampo (Dávila y cols., 2012). Asimismo, se presenta alteraciones en la memoria episódica o memoria a largo plazo asociada a lo vivido y su contexto, sin embargo, la memoria semántica o memoria a largo plazo asociada al conocimiento tiende a mantenerse conservada (Salech y cols., 2012).

Es necesario recalcar que los deterioros en estas vías hacen proclive el padecimiento de diversas enfermedades como Parkinson, Alzheimer, trastornos del ánimo, entre otros; no obstante, este enlentecimiento o disminución de las funciones cognitivas no siempre van relacionadas directamente con la edad, puesto que tanto niños, como adolescentes y adultos poseen en mayor o menor grado rasgos como estos.

Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2012), los lapsos ocasionales de memoria ocurren a cualquier edad, si bien el riesgo de comenzar a tener ciertos síntomas de demencia asciende a partir de los 60 años, ciertos signos de esta enfermedad como la dificultad en la realización de tareas sencillas, acabar las frases y la confusión temporal, no están catalogados como signos normales de envejecimiento.

- ***Sistema endocrino y metabólico.***

En el sistema endocrino se generan atrofas glandulares, fibrosis difusa y pérdida de unidades funcionales. En las glándulas suprarrenales se debilitan a nivel corticodrenal mientras que el tiroides pasa por un proceso de aumento nodular por lo que pierde volumen convirtiendo más fibrosas sus estructuras (Cobo, 2009).

Además, en el envejecimiento se observa un aumento progresivo de la grasa visceral promoviendo un crecimiento en el peso corporal, lo cual participa en el desarrollo de la

resistencia a la insulina (Saleh y cols., 2012). Otro de los trastornos metabólicos más comunes es la intolerancia a la glucosa, puesto que, según algunos expertos, se experimenta alteraciones en el páncreas lo cual genera que sea incapaz de producir la insulina necesaria para el procesamiento adecuado del azúcar (Cobo, 2009).

En la tiroides se presenta un proceso de aumento nodular, las estructuras se vuelven más fibrosas y por la infiltración de células redondas pequeñas se disminuye la vascularización, con venas y arterias esclerosadas. De igual manera, Cobo (2009) señala que la próstata en la vejez puede manifestar una condición llamada hipertrofia prostática, que es el crecimiento de la próstata por el aumento de los estrógenos sobre la testosterona, la cual no es una enfermedad pero puede ocasionar impotencia si se agrava el desarrollo de tumores, congestiones o casos infecciosos. El autor asevera que a nivel metabólico influyen las costumbres de la persona a nivel alimenticio y de movilidad física.

Por otro lado, Portellano (2005), asevera que los estrógenos son de suma importancia dado que protegen al cerebro frente al estrés oxidativo, ya que modulan los niveles colinérgicos y serotoninérgicos, por lo que su disminución en la mujer, específicamente, afecta sus funciones cognitivas. Además, los estrógenos estimulan el crecimiento dendrítico y las espinas sinápticas en el hipotálamo e hipocampo. De manera que, aquellas mujeres postmenopausicas que tomen estrógenos pueden mejorar sus funciones cognitivas. En la menopausia también se reducen las lipoproteínas de baja densidad y aumentan las lipoproteínas de alta densidad, con lo que aumenta el riesgo de deterioro cognitivo.

- ***Órganos sexuales y respuesta sexual.***

Tal como se acaba de mencionar, en el envejecimiento se presentan ciertas transformaciones a niveles morfológicos y funcionales en cada uno de los sistemas y órganos del cuerpo humano. Las disminuciones y atrofas que se produzcan en ciertas funciones biológicas van a tener un impacto en la respuesta sexual del anciano.

En la mujer existen varias diferencias entre la respuesta sexual de la persona joven y la anciana. La primera variación se relaciona con la lubricación vaginal que se produce como reacción a la estimulación sexual, debido a los cambios físicos que sufre la vagina. La vagina se contrae y su mucosa se torna más delgada y rosada generando un medio menos apto para la lubricación, haciéndose más proclive las infecciones locales. Los labios (menores y mayores)

pierden elasticidad y muestran atrofas en las capas dérmicas y epidérmicas (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

La erección del pezón en la fase de excitación y del clítoris durante el acto sexual se dificulta, el aumento del tamaño de la mamas por la vasodilatación y enrojecimiento es menos intensa. Se presenta, además, el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que la vagina tiene menos contracciones durante la fase orgásmica; también es menor la elevación uterina y, las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles, lo que puede producir dolor por ser más espásticas que rítmicas. Cabe destacar que estos sucesos de ninguna manera, reducen o eliminan la actividad, satisfacción o placer sexual ni mucho menos el orgasmo (Sarmientos, Pagola y Oramas, 1999; Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

La menopausia, el último periodo menstrual y los procesos de climaterio crean nuevas condiciones fisiológicas para la actividad sexual. La pérdida progresiva de la capacidad funcional de los ovarios hacen que estos respondan cada vez peor a las hormonas luteinizante (HL) y folicular estimulante (FSH) segregadas por la hipófisis; asimismo, se disminuye los estrógenos como el estradiol (E2) y estrona (E1), lo que origina posteriormente desequilibrios secundarios a nivel del centro termorregulador del hipotálamo, mediados por cambios en neurotransmisores noradrenérgicos y serotoninérgicos, generando caídas bruscas e intermitentes que determinan la sintomatología más frecuente en la perimenopausia y la postmenopausia (López y Olazábal, 1998).

Varios autores (Molina, 2013; Pérez, 2008; Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010), aseguran que los cambios hormonales que ocurren en la mujer asociados a la menopausia y a la disminución de la función ovárica, no son las principal causa de las transformaciones experimentadas en la actividad sexual de la anciana, sino más bien estas alteraciones son producto de trastornos psíquicos, mala información sobre la fisiología sexual o de patrones culturales y educacionales erróneos, intensificados por factores como la falta de ocupación, soledad y/o ausencia del compañero sexual.

Respuesta sexual masculina. Los hombres experimentan transformaciones en la duración de las fases del acto sexual. Su respuesta es más lenta y la fuerza eyaculatoria se reduce a la mitad luego de los cincuenta años debido a que los vasos sanguíneos son más rígidos y los músculos menos potentes (Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

Hay reducción de los niveles de testosterona circulantes y de su conversión a dihidrotestosterona, hormona de crecimiento y de la IGF-I (somatopausia), FHEA y DHEA-S (andropausia), y se describe una disminución o aumento de la prolactina. Por otro lado, la próstata se vuelve cada vez más dura y se va degenerando poco a poco. Además, existe menor sensibilidad peneana, su erección es mucho más lenta y se requiere de mayor estimulación, alargándose el periodo refractario; se presenta el orgasmo en una sola etapa y una menor necesidad física de eyacular dentro de la relación sexual, experimentándose un menor volumen de espermatozoides (Pérez, 2008; Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010).

Se debe subrayar que tal como pasa en la mujer, aunque las funciones sexuales presentan modificaciones con la edad, el hombre anciano en ningún momento pierde su capacidad reproductiva y el placer sexual pleno (Molina, 2013; Wong, Álvarez, Domínguez y González, 2010), por el contrario reinventan la manera de experimentar y satisfacer su vida sexual (Craig, 2001), lo cual es el tema fundamental de la presente investigación y será profundizado más adelante.

2.2.2. Aspectos psicosociales.

El proceso de envejecimiento es un fenómeno multidimensional *bio-psico-social*. El envejecimiento *biofísico* es la base del envejecimiento *psico-social*, por lo que ambos ocurren paralelamente. No obstante, la evolución del funcionamiento cognitivo se da simultáneamente al funcionamiento neurobiológico, mientras que el funcionamiento de la personalidad, de la afectividad o de las relaciones interpersonales no se presentan de la misma manera, de modo que hay cambios asociados a la edad que pueden ser positivos (Fernández-Ballesteros, 2011).

- ***Conciencia de que se empieza a envejecer.***

Dentro de los cambios más significativos se encuentran los físicos, siendo estos más notorios a través del tiempo. La pérdida del vigor, la rapidez y la flexibilidad física son indicadores claves para la persona sobre su envejecimiento (López y Olazábal, 1998). Dentro de esta etapa se genera una autoreferencia negativa, la cual es desarrollada por el contexto social. Los ancianos son propensos a creer en los criterios que se imponen desde los medios

de comunicación relacionado a la imagen corporal, las modas, la música, el ritmo de actividad diaria y la eficacia para hacer algún deporte o ejercicio físico, por lo que suelen percibirse como seres seniles, donde sus capacidades físicas modulan la expectativa de logros y eficiencia a nivel sexual y en su vida en general (Varela, 1997).

En consonancia con lo anterior, en el adulto mayor se genera una serie de pensamientos relacionados con la toma de conciencia de que se está abandonando su juventud y por ende aspectos relacionados a la pérdida del gozo, bienestar y disfrute de la vida y actividad sexual. Este sistema de creencias genera en el anciano un desinterés por la interacción social, afectando su esfera familiar, social y de pareja (López y Olazábal, 1998). Además, la relación entre los pensamientos negativos y la disminución de actividades placenteras provocan una alta despreocupación por los repertorios de autocuidado, produciendo en él un cambio en la apariencia personal y la autoreferencia corporal (Valera, 1997).

- ***Condición social y limitación de actividades.***

Asociado al fenómeno de la jubilación, se producen pérdidas a nivel de las responsabilidades y del estatus social, por lo que a partir de los 65 años ya no se es capaz de cumplir con las responsabilidades laborales socialmente aceptadas de cuando se era más joven; no obstante, aunque está demostrado que algunos adultos mayores sean vulnerables, no significa que sean incapaces (OMS, 2012), de modo que aquellos efectos positivos o satisfactorios de la jubilación discrepan con la consecuencia de su pérdida de capacidad laboral y adquisitiva (Valera, 1997).

De igual manera, el anciano es separado de responsabilidades familiares dando por hecho que existe impedimento físico y psicológico para continuar con sus tareas en casa, tratándolo en ocasiones como un niño o un minusválido. Estos cambios en las ocupaciones diarias genera en el anciano la pérdida de muchas fuentes y oportunidades de interacciones con otros. Al individuo limitar su interacción con otras personas, experimenta como van mermando los múltiples reforzadores que propician y modulan una gran cantidad de comportamientos funcionales y actitudes positivas sobre el mismo. Sin embargo, estas situaciones no se dan en todos los casos, y la adopción de ciertos papeles o roles dentro de la

familia van a depender de la historia del individuo y de los patrones culturales (Valera, 1997).

Por último, según la información encontrada, se evidencia cómo los cuidadores de las personas adultas mayores los restringen a actividades sedentarias y de poca funcionalidad, que si bien en algunas ocasiones buscan ayudar y evitar que se cansen y/o cometan errores (Valera, 1997), impiden que sigan desempeñando actividades necesarias para su equilibrio bio-psico-social, lo que favorece al aumento de problemas en las tres áreas, dado que se pierde la oportunidad de ejercitar funciones físicas, cognitivas y relacionales.

- ***Apoyo social.***

La vejez es un periodo en el que se incrementa el nivel de dependencia tanto físico como psicológico del individuo, lo cual lo coloca en un estado de vulnerabilidad (Castellano, 2014). Es así, como la red de apoyo social, visto como “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci, 1980 c.p. Castellano, 2014, p. 365), tiene un papel importante para el adulto mayor.

En estas transacciones se agrupan cuatro categorías: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. En los apoyos materiales se encuentran recursos monetarios (dinero o regalos) y no monetarios (alimentos y ropa); las transacciones instrumentales se obtienen por medio de ayudas tangibles como el transporte, apoyo en las actividades del hogar, el cuidado y el acompañamiento; a nivel emocional involucran la trasmisión de afecto, empatía preocupación por los demás, etc.; por último, las transacciones cognitivas hacen referencia a la trasmisión de información, consejos, entre otros.

La red de apoyo social trae consigo beneficios significativos que, a mediano plazo, se traducen en bienestar para las personas adultas mayores y sus familias, a fin de disminuir aquellos sentimientos de aislamiento y aumentar las conductas saludables (Castellano, 2014). Se ha evidenciado en diferentes investigaciones (Castellano, 2014) que el apoyo social tiene efectos sobre la percepción de estabilidad, el afecto y la autoestima, la salud física, la participación en actividades sociales y un aumento en las relaciones interpersonales en los adultos mayores.

2.3. Sexualidad: aspectos fundamentales.

2.3.1. Generalidades.

La sexualidad es un tema fascinante sin embargo su estudio ha estado limitado en muchos aspectos. Según Jiménez (2003), las concepciones sobre la sexualidad varían dependiendo de la cultura y el contexto sociocultural donde se desarrolle. Si bien, los apuntes históricos de la sexualidad datan desde hace 5000 años, se tiene información limitada sobre cómo eran las conductas y actitudes sexuales en los pueblos con anterioridad al año 1000 a.C.

La información recabada señala que alrededor del año 2000 a.C., en Babilonia el sexo era una actividad aceptada y ejercida, mientras que en la India surge el Kamasutra como el más antiguo tratado que expresa en sus líneas los secretos del erotismo, considerando al sexo como el arte de amar y de vivir. Para el año 2500 a.C., la visión del sexo seguía siendo positiva pues se pensaba que el sexo era favorable para la salud, por lo tanto, los chinos consideraban obligatoria la relación sexual hasta los setenta años, tanto para mujeres como para hombres (Jiménez, 2013).

Por el contrario, llegada la edad media, la visión de la sexualidad cambia de perspectiva. El sexo se convierte, gracias al pensamiento y escritos teológicos cristianos, en pecado y obra del demonio; esta satanización del sexo trae como consecuencia la restricción de las relaciones sexuales con una función meramente reproductiva y limitada a aquellas parejas que estuvieran en matrimonio. Si bien en la prehistoria se consideraba a la mujer como la participante más activa y quien podía experimentar más placer, en la edad media se cambia los roles y es ahora el hombre quien estaba “mejor equipado biológicamente” para la reproducción y por ende el participante más importante en el sexo (Jiménez, 2013).

Sin duda alguna, al quedar la sexualidad circunscrita a lo biológico trajo como resultado que el disfrute sexual del anciano se dificultara y se cristalizara la creencia que le atribuía la función netamente reproductiva a la sexualidad. A partir del siglo XX la sexualidad comienza a ser tomado en cuenta por la comunidad científica y a tener una perspectiva un poco más positiva (Jiménez, 2013).

Masters, Johnson y Kolodny (1995), pioneros en la explicación de la conducta sexual humana, aseveraron que la sexualidad es un fenómeno complejo y de múltiples dimensiones que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociales, conductuales, clínicos, culturales y morales. Afirman además, que ninguna de estas dimensiones tiene validez universal si es tomado de manera aislada a la sexualidad.

A partir de esta definición, González y Miyar (2001 c.p. Echenique, 2006) y Molina (2013), siguen el paradigma bio-psico-social de la sexualidad, señalando que la sexualidad es el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana. Asimismo, Mezzich y Hernández (2006 c.p. Aponte, 2013) refieren que el acto sexual es un complemento entre el cuerpo, la relación de pareja, el contexto o medio social y de las precogniciones al respecto.

En consonancia con lo dicho hasta ahora, la Organización Mundial de la Salud (2006) expone que la sexualidad humana es entonces

“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales” (p. 15).

En definitiva y para efectos de esta investigación, la sexualidad no solo involucra al acto sexual como condición reproductiva, al conjunto de conductas sexuales o la escogencia de pareja, sino además a la función de goce y lúdica. En este sentido, logra desligarse de la función meramente biológica, la cual tiene un papel de suma importancia en la sexualidad, pero también se le atribuye interpretaciones construidas a través de la historia personal y social de la persona, incluyendo la categoría del placer (Vianchá, Bahamón, Tobos, Alarcón y Uribe, 2012).

2.3.2. Los años y la sexualidad.

Diversos investigadores, a lo largo de los años, han realizado estudios donde se evalúa la sexualidad y la respuesta sexual de las personas adultas mayores. Autores como Master y Johnson (c.p. Jiménez, 2013), aseveraban que no existe un límite cronológico para lograr una correcta respuesta genital; no obstante, con el paso de los años tanto el hombre como la mujer experimentan una serie de cambios que enlentece gradualmente los diferentes órganos. Por otro lado, Jiménez (2013), hace referencia a investigadores como Helleger y Mortensen, y Brecher (1984), los cuales obtuvieron en sus trabajos resultados que afirman que después de los 70 años incluso hasta los 95 años, un porcentaje bastante alto de ancianos estaban interesados en el sexo, eran sexualmente activos y mantenían la actividad masturbatoria.

En los últimos años, escritores como Nessbaum, Miller-Day y Fisher (2011), aseveran que aunque existan cambios en las habilidades y en los deseos sexuales durante el proceso de envejecimiento, la relación entre la intimidad y actividad sexual sigue existiendo y sigue jugando un papel importante. Según un estudio de The New England Journal of Medicine realizado en el 2007, en el cual participaron individuos con edades entre los 57 y los 75 años de edad, pone en evidencia que la probabilidad de ser sexualmente activo disminuye con la edad, sin embargo el declive más significativo en la actividad sexual se experimenta luego de los 75 años y los factores asociados a este decrecimiento pueden estar o no relacionados al envejecimiento (Nessbaum y cols., 2011).

Los resultados del estudio señalaron que las probabilidades de tener una vida sexual activa aumentan cuando las personas adultas mayores tienen un cónyuge sano, ya que factores como los de proximidad y compromiso suelen ser importantes en el estilo de vida que incluye actividad sexual. Así mismo, las relaciones íntimas de las personas adultas mayores se mantienen gracias a la comunicación competente y de un buen estado de salud de la persona y de su pareja. A su vez, en todos los grupos de edad del estudio, se comprobó que las mujeres tenían menos probabilidades que los hombres en experimentar relaciones sexuales significativas (Nessbaum y cols., 2011).

Por otro lado, Pangman y Seguire (2004 c.p. Matusevich, Vairo, Ruiz y Pisa, 2006), indican que la pérdida del deseo sexual y el desinterés están relacionado con casos de

enfermedades crónicas o discapacidad cuando la persona experimenta cambios en su imagen corporal y en su función sexual. Matusevich y cols. (2006), señalaron que autores como Kessel (2001) y Hajjar y Kamel (2004), sostienen que factores como la falta de disponibilidad de una pareja sexual por la muerte del cónyuge, la falta de buena salud de uno o de los dos cónyuges, al divorcio durante la etapa de la vejez, la escasa privacidad y las actitudes negativas de los cuidadores hacia las manifestaciones de la sexualidad en las instituciones, son en gran parte lo que motiva a la pérdida y falta de expresión sexual.

Además, el encontrar situaciones donde la persona se aproxime a una relación sexual, puede ser difícil debido a la falta de habilidades comunicativas y poca o nula experiencia en citas luego de la muerte o separación de su cónyuge por la escasa práctica durante muchos años de vida; de ahí que, las citas en este periodo de vida se constituyan desde el compañerismo, confianza e intimidad más que de escoger una pareja sexual (Nessbaum y cols., 2011).

Los autores también hacen énfasis en que ciertas enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer de próstata y los síntomas de tracto urinario inferior, son padecimientos que generan un declive importante en la actividad sexual y, que las estrategias que se han utilizado para sobrellevarlas involucran que la persona ingiera una gran cantidad de medicamentos con efectos secundarios y limitación física, lo cual genera un decremento en las actividades sexuales, de manera que, las consecuencias indirectas de diversas enfermedades crónicas, sus complicaciones y las interacciones producto de la medicación, además de las normas y reglas de las instituciones de salud y las normas culturales y/o familiares, son las principales barreras que dificultan alcanzar y mantener una vida sexual activa y agradable durante la vejez.

Como menciona Aponte (2013), cuando se habla de la sexualidad en el adulto mayor, se debe recordar que ellos han redefinido completamente sus mecanismos y metas sexuales para lograr satisfacción y bienestar; se deja a un lado la visión del comportamiento sexual circunscrito a la reproducción y se interesa más por la sensualidad expresada por besos, caricias y abrazos; las cuales, según Craig y Baucum (2009), son acciones físicas que no siempre terminan en el coito y que son igualmente válidas y significativas en las relaciones sexuales.

Considerando lo expresado hasta ahora y según los autores citados, se puede decir que la sexualidad es un tema complejo y, visto desde la perspectiva del adulto mayor, puede complicarse aún más por la cantidad de aristas que posee. Dentro de estas áreas se presenta la historia sexual de la persona, la educación, las actitudes hacia la sexualidad, entre otros, las cuales determinarán la forma de comportarse en esa etapa vital. Igualmente, la sexualidad en la vejez ha sido limitada desde los estereotipos sociales y los prejuicios, tal como asevera Flores (1998, c.p. Aponte, 2013):

“la sexualidad del anciano fue negada por mucho tiempo, al igual que la del niño, el reconocimiento de que ella estaba al servicio exclusivo de la reproducción, negaba a los periodos no reproductivos de la vida humana el derecho a una actividad natural” (p. 8).

De modo que esta forma de concebir la sexualidad determinó ciertas creencias de cómo vivir y experimentar la sexualidad en las diferentes etapas de la vida, lo que actualmente sigue afectando la forma en que las personas piensan y actúan frente al tema.

2.3.3. Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.

Históricamente la sociedad ha clasificado la vida del ser humano en etapas, otorgando a cada una de ellas connotaciones explicativas, las cuales van a ir cambiando dependiendo del contexto sociocultural donde se encuentre. Las connotaciones y estereotipos indican qué se espera y qué no de las diversas etapas de la vida, lo que conlleva a una serie de expectativas que se enmarcan en las actuaciones educativas destinadas a cada grupo de edad, desde contenidos escolares y planes de estudios universitarios hasta programas de ocio y políticas sociales en general; lo cual va mediando la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona, en relación con otras y en la manera de autoperibirse y autoevaluarse (Becerril, 2011).

Es por ello que al abordar la sexualidad desde el enfoque biopsicosocial entran en juego muchas otras variables que anteriormente no se tomaban en cuenta, entre ellas se encuentran las representaciones (estereotipos) culturales y prejuicios acerca de la vejez y la sexualidad como dos fenómenos diferentes y no complementarios, imposibilitando la

adaptación adecuada a los cambios que se producen con el envejecimiento y las nuevas dinámicas de la existencia (Alpízar, López y Mena, 2012).

En efecto, la sexualidad en la vejez es un tema en el que todavía se conservan actitudes negativas e inadecuadas que se remontan a varios siglos atrás tendiendo al rechazo, la evitación, la burla, agresiones y/o simplemente negar o ignorar la existencia de sexualidad en las personas longevas (Alpízar y cols., 2012; García, 2005). Según lo mencionado hasta ahora, estas actitudes y estereotipos suelen tener base en dos creencias erróneas: 1) la sexualidad circunscrita a la función reproductiva y, 2) la vejez vista como etapa de enfermedad y sufrimiento (Alpízar y cols., 2012; Jiménez, 2013; Nessbaum y cols., 2011; Palmore, 1999).

El rechazo que las sociedades presentan sobre la sexualidad en la vejez viene dado en primera instancia por la marginación hacia los adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud (2012), asevera que la marginación puede ser estructural, a saber, cuando se aplica una edad de jubilación obligatoria o informal, considerar que las personas adultas mayores son menos dinámicas y por tanto no van a realizar las labores como una persona joven, entre otros. Estas actitudes son ejemplos de la discriminación por razones de edad (viejismo) lo que produce sociedades divididas entre jóvenes y ancianos, por tanto, mientras las sociedades sigan legitimando esos estereotipos, existirá gran probabilidad que tanto hombres como mujeres mayores se abstengan paulatinamente de participar actividades sociales, políticas, económicas, culturales, espirituales, cívicas y de otro tipo, restringiéndose de vivir un envejecimiento activo y satisfactorio (OMS, 2012).

Lo dicho hasta ahora tiene relación con lo expuesto por Nessbaum y cols. (2011) en su libro *Comunicación e intimidad. Las relaciones íntimas a lo largo de la vida*. Los autores aseveran que en los últimos estudios que se han realizado con personas adultas mayores se reportan actitudes positivas con respecto a su sexualidad y vida sexual, ya que lo consideran un componente básico para su calidad de vida; sin embargo, también encontraron que son las actitudes negativas encontradas en los medios de comunicación, los profesionales de la salud, los jóvenes y los hijos de las personas longevas cuando se trata el tema, lo que produce confusión tanto a adultos jóvenes como en adultos mayores, al intentar establecer y mantener una relación íntima sana donde se evidencie una actividad sexual satisfactoria, frecuente y apasionada.

A partir de estos estudios, se evidencia cómo la sociedad posee un gran número de representaciones o imaginarios sociales sobre la sexualidad en la vejez, que determinan la forma de actuar, pensar y percibir a un grupo y, la manera en que ese grupo se integra y valora a través de estos referentes; en este sentido, nuevas generaciones, los jóvenes particularmente, prefiguran su propia vejez bajo lentes erróneos sobre cómo se experimenta y vive esa etapa vital (Arnold-Cathalifaud y cols., 2007).

Cuando estas personas llegan a la vejez, su imaginario con respecto al envejecimiento sufre lo que Salvareza (2000 c.p. Cerquera y cols. 2010) llama efecto cascada, es decir,

“(a) el haber compartido durante toda su vida una actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia los viejos, ‘rechazo a los viejos’, lo cual aparece ahora con la característica de las ‘profecías auto-cumplidas’, es decir, de discriminador pasa a convertirse en discriminado, atrapado como víctima de sus propios prejuicios. Al mismo tiempo, (b) esto le habrá imposibilitado el colocarse en el lugar del ‘otro’, del viejo que él mismo va a ser, y lo llevará a desconocer la realidad de la vejez. Uno de los resultados más visibles y perjudiciales de este desconocimiento será, (c) que lo hará caer en una confusión entre vejez y enfermedad, lo que lo llevará a atribuir permanentemente los síntomas de esta última a los efectos del propio proceso de su envejecimiento” (p. 37);

Lo mismo ocurre con respecto a la sexualidad en esa etapa, debido a que estos mitos han estado tan perpetuados en la sociedad por tanto tiempo. Al pensar en envejecimiento, automáticamente, se asocia a una inevitable pérdida del interés y la capacidad sexual, trayendo como consecuencia que la persona atribuya estas pérdidas como efectos propios del proceso de envejecimiento y, cualquier manifestación de sexualidad se considera como una forma de conducta inadecuada y/o como una desviación (García, 2005).

2.3.3.1. Estereotipos

Acorde con lo descrito hasta ahora y dentro de la revisión documental realizada, para la siguiente investigación se encontraron los siguientes estereotipos y prejuicios sobre la sexualidad en la vejez:

- ***Entre más joven se es, más placer se obtiene.***

El primer estereotipo corresponde a la belleza corporal y ésta se relaciona directamente con la juventud, por lo que ha exacerbado la creencia de que las personas son feas a medida que envejecen. Este estereotipo se fundamenta en la imagen corporal, que no es más que la configuración global y múltiple que la persona hace a partir de un conjunto de representaciones, percepciones, afectos, significados y vínculos sobre su propio cuerpo durante su vida, la cual se desarrolla en un momento histórico sociocultural específico (Berriel y Pérez, 2004).

Para Becerril (2011), actualmente se vive en una época en la que la imagen ocupa un papel mucho más mediático, en el que las percepciones y representaciones del cuerpo se basan en el ideal de cuerpo joven y delgado lo cual favorece a la forma de mantener relaciones interpersonales, valorar a los demás, valorarse a sí mismo, y es indispensable en la configuración de la identidad y autoestima de las personas. Por tanto, dentro de este contexto cultural donde se enfatiza en un *cuerpo homogeneizador*, la diversidad no se encuentra presente y el cuerpo que envejece mucho menos.

De ahí que la sociedad construya un ideal de cuerpo asociado a la juventud y la belleza estética, atribuyéndole características propias a ese ideal, tales como la sensualidad, seducción y sexualidad, lo que deja éstos rasgos fuera del proceso de envejecimiento. Esta percepción del cuerpo ha hecho que las culturas forjen representaciones inadecuadas, las cuales se interiorizan por todas las personas de un mismo grupo, en el transcurso de su vida.

Como muestra de eso, un estudio realizado por Berriel y Pérez (2005), evidencia que el imaginario social y las construcciones de sentido producidas socialmente respecto a la etapa vital y el género, son elementos significativos dentro de la edificación de la imagen corporal que se elabora en la psique de la persona. En dicho estudio, se muestra que la imagen corporal de las personas adultas mayores suele ser más desvalorizantes en relación

con otros grupos de edades (adolescentes y adultos) y, la faceta que está involucrada en este fenómeno es aquella relacionada a la *accesibilidad o cierre de las experiencias del propio cuerpo*¹, es decir aquella disposición de rechazar las experiencias de orden sensual, sensorial y estético (Berriel y Pérez, 2005), por lo que se disminuye la aproximación a situaciones donde se experimente deseos, placeres, mostrar y ser mirado.

En conclusión, a través de los años, la vejez se construye y se entiende como imagen de fealdad, relacionado con pérdidas y disminuciones. Aunado a esto, existe el estereotipo de que los adultos mayores son pobres (Palmore, 1999) lo que genera una incapacidad económica para seguir siendo joven mediante el consumo de artículos de belleza, cirugías, tratamientos cosméticos, entre otros; por consiguiente, al no poder mantener su apariencia joven y estéticamente bella, se refuerza la creencia de que con el envejecimiento las personas se vuelven feas y desaparece su deseo sexual (Orozco y Rodríguez, 2006). Esta situación afecta tanto a hombres como a mujeres, sin embargo, hay mayor influencia en las mujeres por lograr ese cuerpo joven y delgado dado que a esta población le han hecho creer que “la identidad de la mujer está vinculada intrínsecamente a la percepción del cuerpo” (Ventura, 2000, p. 20, c.p. Becerril, 2011), juzgándolas constantemente por su imagen corporal, su juventud y su capacidad para procrear (OMS, 2012).

- ***Impotencia, pérdida del deseo y el apetito sexual.***

El segundo estereotipo se relaciona a la creencia de que los adultos mayores ya no tienen ninguna actividad o deseo sexual y que una parte de ellos son moralmente perversos o al menos “anormales”. Al creer los ancianos en este estereotipo, se experimenta un sentimiento de vergüenza asociado a sus impulsos sexuales lo que evita que disfruten y experimenten su sexualidad sanamente. A su vez, se generan en el anciano pensamientos negativos que evitan establecer nuevas relaciones luego de enviudar en la vejez (Palmore, 1999).

Si bien la aparición de ciertas enfermedades incrementa con la edad e influyen en la función reproductiva, éstas no merman la respuesta sexual ni mucho menos el apetito sexual. Nessbaum y cols. (2011), señalan que ciertas enfermedades (tales como la diabetes y el cáncer de próstata) asociadas a la ingesta de gran cantidad de medicamentos para

¹ Escala de Autopercepción Corporal, utilizado por Berriel y Pérez (2004).

sobrellevarlas, traen consigo efectos secundarios como limitaciones físicas y psicológicas, generadores de un declive importante en las actividades cotidianas que repercuten en la vida sexual de la persona.

Sin embargo, tal como se ha expuesto en la presente investigación, la sexualidad en la vejez es un fenómeno amplio e integral en el cual se presentan elementos tanto físicos como emocionales. Por ello que se debe aceptar como natural que el patrón sexual en el anciano sufra ciertas modificaciones con respecto al considerado estándar en el adulto joven, es decir, en la vejez se presenta una disminución en el número de coitos y un aumento proporcional de otras actividades sexuales tales como aproximaciones físicas, caricias, intimidad emocional, complicidad, relaciones de compañía o estimulación directa (Molina, 2013), y éstas no deben ser percibidas como una problemática sino como una forma nueva y diferente de relacionarse sexualmente con otros.

- ***Todos los adultos mayores están enfermos.***

En sintonía con el estereotipo anterior, uno de los prejuicios más comunes contra los adultos mayores es que la mayoría están enfermos o discapacitados. Palmore (1999), señala que diversos estudios muestran que los ancianos sufren de enfermedades más riesgosas que los jóvenes, son más proclives a tener accidentes en casa y no están lo suficientemente saludables como para seguir con sus actividades cotidianas, por tanto son más propensos a ser llevados a instituciones aptas para su cuidado.

Según Estes y Rundall (1992, c.p. Palmore, 1999), el estereotipo de enfermedad logra que se genere la creencia errónea de que la atención médica de alta tecnología solventará los problemas de salud de las personas mayores. Sin embargo, éstos ancianos no necesitan innovación tecnológica a largo plazo, sino por el contrario requieren de atención y apoyo social.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2012), señala que hay afecciones y enfermedades que suelen ser desatendidas por ser consideradas como una consecuencia normal del envejecimiento. No obstante, la organización asevera que la edad no tiene por qué ser sinónimo de sufrimiento, ya que los adultos mayores tienen el derecho a la mejor salud posible, sin que la sociedad establezca límites para el acceso a tratamientos complejos, a servicios de rehabilitación y/o prevención a diversas enfermedades y discapacidades; de ahí

que, al pensar que todos las personas adultas mayores están enfermas, éstas deben permanecer en lugares de atención especial o en su defecto, en casa, sin poder realizar actividades de su vida cotidiana, por lo que disminuye la probabilidad de relacionarse con otros, involucrarse en actividades recreativas y experimentar deseos y placeres sexuales.

- ***La medicación como la única herramienta para el mantenimiento de las relaciones sexuales en la vejez.***

Otro de los estereotipos encontrados es el uso de la medicación como la única opción que tienen los adultos mayores para tener relaciones sexuales. Asociado a la creencia de que todos los ancianos están enfermos, se necesita de medicación para continuar con vida sexual activa. Sin embargo, tal como se ha mencionado anteriormente no es así.

Si bien, el éxito del citrato de sildenafil en el tratamiento del trastorno de erección trajo como consecuencia positiva un aumento en la conciencia del problema, generó también que aumentara considerablemente el tratamiento únicamente médico, dejando la terapia psicológica en un segundo plano. No obstante, el trastorno de erección no siempre responde a la medicación, además de que ésta suele provocar solo erecciones espontáneas sin aumento en la libido y/o excitación en la persona (Nezu, Maguth y Lombardo, 2006).

La disfunción sexual, entonces, puede presentarse como consecuencia de efectos fisiológicos directos del consumo de diversas sustancias (ejemplo: antidepresivos, antihipertensivos, antipsicótico) o enfermedades como la diabetes, esclerosis múltiples, falla renal, neuropatía periférica, entre otros, presentándose esta situación en jóvenes, adultos y adultos mayores. Sin embargo, las disfunciones sexuales tanto en las mujeres como en los hombres suelen asociarse en mayor medida con ansiedad sexual, temor al fracaso, ansiedad de desempeño y placer sexual disminuido (Sierra, 1991), es por ello que la medicación no tendrá ningún tipo de efecto y se recomienda la terapia sexual.

La terapia sexual tiene como finalidad aumentar la satisfacción sexual y mejores relaciones sexuales (Nezu y cols., 2006), mediante un paquete individualizado de técnicas tales como educación sexual, modificación de actitudes negativas con respecto al sexo, ejercicios sexuales según el tipo de disfunción, técnicas para la reducción de la ansiedad asociada a la práctica sexual (Sierra, 1991).

- ***Deterioro mental asociadas a la pérdida de la sexualidad.***

El siguiente estereotipo se basa en la creencia de que los procesos mentales van disminuyendo desde la edad media en adelante, especialmente los procesos de aprendizaje y memoria. De igual forma se tiene la creencia de que muchos adultos mayores son “seniles” y las enfermedades mentales son comunes, inevitables y localizable entre la mayoría de ellos. En un estudio, dos tercios de los encuestados expresaron que los ancianos tienen más impedimentos mentales que las personas jóvenes y algunos creen que la mayoría de las personas mayores de 65 años tienen una enfermedad mental severa suficiente para perjudicar su vida cotidiana (Palmore, 1999). Sin embargo, es necesario recalcar que los déficits de las funciones cognitivas no siempre van relacionadas directamente con la edad.

Ahora bien, dentro de los cuadros de demencia se presenta una desintegración sistemática y sostenida de la identidad humana tal como se conoció hasta ese momento y, tomando en cuenta que la sexualidad es natural, única y parte esencial de esa identidad, se observa un cambio en ella y suele ser muy difícil de predecir (Kessel, 2001 c.p. Matusevich y cols., 2006).

La pérdida de memoria y el diagnóstico de demencia, por ejemplo, trae consigo confusión, malestar, ansiedad y hasta preocupación en los pacientes cuando aun son conscientes de sus déficits (Litz, Zeiss y Davies, 1990 c.p. Fabà y Villar, 2011) lo cual suele incitar en la persona un conjunto de conductas agresivas y/o excesivamente demandantes, lo que supone también cambios en su entorno tales como que el cuidador desarrolle sentimientos de desorientación, enfado y/o desesperación por no saber cómo controlar la situación.

De igual forma, el deterioro funcional y cognitivo que suele acompañar a las demencias genera desafíos para el buen funcionamiento sexual de la persona y en su pareja. Fabà y Villar (2011) señalan que dentro de estos desafíos se encuentra, por ejemplo, la vivencia de estar en el acto sexual y no poder recordar la secuencia del mismo; el sentimiento de incomodidad al intimar con alguien al que no reconoce y/o no sabe el nombre; además, es posible que la persona con demencia haya olvidado cómo satisfacer al otro o cómo satisfacerse a sí misma pero su necesidad de contacto seguirá estando presente (Matusevich y cols., 2006)

No obstante, es importante señalar que la demencia no implica desaparición del deseo y necesidades sexuales por lo que dentro de este deterioro se puede presentar otras alteraciones comportamentales, tal como lo han planteado Fabà y Villar (2011). Estos comportamientos pueden llegar a ser inadecuados dentro de la conducta sexual y, según Lyketsos y cols. (2000, c.p. Fabà y Villar, 2011), cerca de dos terceras partes de personas que padecen alguna demencia van a presentar una o más alteraciones conductuales en el área sexual, en algún momento de la enfermedad.

En suma, la intimidad es una necesidad fundamental en la vida de las personas, independientemente si éstas poseen o no algún tipo de enfermedad. El intimar involucra dar y recibir amor y afectos, ser cuidado y tener un sentimiento de seguridad en los vínculos, obtener del otro comprensión empática y la tranquilidad en tiempos angustiantes. Redefinir la intimidad sexual es un gran desafío en donde deben ser consideradas las necesidades y los deseos de las dos partes; si uno de los ancianos está enfermo puede que se alteren ciertas conductas asociadas a la búsqueda del placer, pero será el compañero/a él que deberá tener un rol más activo en encontrar un camino a través del cual el sexo sea placentero para ambos (Matusevich y cols., 2006).

2.3.3.2. Relaciones intergeneracionales.

Desde la psicología, específicamente la psicología social, juega un papel fundamental el estudio de las relaciones intergrupales, puesto que ayudan a conocer las causas y consecuencias de las percepciones y patrones comportamentales que tienen los individuos sobre sí mismos y los otros, dependiendo del grupo social donde pertenezca, siendo éste categorizado de acuerdo a aspectos tales como las creencias religiosas, raza, género, estatus socioeconómico, edad u otras características relevantes (Smith, 2006).

Tal como lo señala el autor, la investigación sobre las relaciones intergrupales se ha ocupado en dos vertientes, por un lado, el estudio de los mecanismos psicosociales que se encuentran como pilar dentro de varios fenómenos intergrupales, específicamente los relacionados a los aspectos conflictivos de la relación entre miembros de distintas categorías sociales, y, por el otro, el estudio de condiciones y mecanismos asociados a la reducción del

antagonismo intergrupar y la promoción de relaciones intergrupales, solidarias, positivas y/o armónicas.

Las investigaciones que se han realizado en el tema, aseveran que aun cuando las imágenes sociales sobre la vejez no presentan un carácter universal, éstas contienen estereotipos y actitudes desvalorizantes, con fuertes cargas negativas y están bastante lejos de constituir la misma representación que los propios ancianos piensan y sienten respecto a sí mismo dentro de esa etapa (Jensen y Vogel, 2007; Lasagni y cols., 2012; Urquiza, Thumala, Arnold-Cathalifaud y Ojeda, 2007; Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza y Ojeda, 2007). En consonancia con el apartado anterior, la representación que los jóvenes tienen sobre el tema son aspectos relacionados a “enfermedad, declinación, fragilidad y falta de productividad” (Camilli, Millán y Tirro, 2010), sentimientos de tristeza, inflexibilidad, o como una etapa nada atractiva (Tan y cols., 2004 c.p. Arnold-Cathalifaud y cols., 2007).

Dentro de la literatura especializada, se consiguen pocas excepciones a estas atribuciones, entre ellas se destaca un estudio sobre la percepción que los estudiantes universitarios chinos tenían de los ancianos (Tan y cols., 2004 c.p. Arnold-Cathalifaud y cols., 2007), el cual arrojó como resultado que los estudiantes tenían actitudes positivas o neutrales hacia ellos; los autores se lo atribuyen a la cultura local, dado que ésta le da un valor especial a lo tradicional, lo cual desarrolla imágenes más positivas hacia las personas adultas mayores.

En atención a esto, diversos investigadores (Smith, 2006; Pinazo, 2013; Camilli, Millán y Tirro, 2010; Gutiérrez y Hernández, 2013) señalan la importancia de la relación y el contacto directo entre jóvenes y ancianos, con la finalidad de disminuir las actitudes prejuiciosas hacia las personas mayores, dado que si se establece situaciones óptimas de contacto interpersonal, se puede conseguir beneficios para ambos grupos, tales como la potenciación de actitudes positivas que promuevan cambios en las representaciones cognitivas. Gracias al conocimiento y entendimiento mutuo se desarrolla un trato individualizado y el respeto hacia las personas de diferentes grupos de edad.

En países como España, por ejemplo, se han implementado programas intergeneracionales que permiten que diferentes grupos (niños y jóvenes) entren en contacto con personas longevas. Estos programas han demostrado ser pertinentes para promover la interdependencia y la cooperación intergeneracional, alcanzando reconstruir el tejido social

que se ha ido destruyendo, dado que existen escenarios políticos, educativos y económicos que se han dedicado a fraccionar a la población según la edad (Gutiérrez y Hernández, 2013).

Según varios autores (García, 2009; Gutiérrez y Hernández, 2013), los diversos programas intergeneracionales que se han puesto en práctica han brindado un gran número de beneficios a los diferentes grupos etarios, tales como: mejorar la autoestima de los ancianos, cambios en su estado de ánimo y aumento de la vitalidad, se presenta una disminución del sentimiento de soledad y aislamiento, un aumento de oportunidades de asistencia y acompañamiento en actividades de la vida cotidiana y, una de las cosas más significativas, el desarrollo de la amistad con personas más jóvenes lo cual proporciona una integración en la vida comunitaria y la transmisión de tradiciones y cultura.

De igual manera, se ha evidenciado un gran conjunto de efectos positivos en los jóvenes, entre ellos se encuentran: cambios en la percepción de los jóvenes hacia los longevos, mayor conocimiento de los temas que afectan a las personas mayores y un aumento del sentimiento de responsabilidad social, asimismo desarrollan cualidades como la flexibilidad, la apertura y la empatía y, se observa el fortalecimiento del autoestima, motivación y optimismo, lo cual genera en ellos sentimientos positivos, instaurándose valores y virtudes. Además, otras ventajas se relacionan con un aumento significativo en el rendimiento académico, aprendizaje de la historia y los orígenes, promueven sus habilidades de planificación, reducen las conductas antisociales, fortalecen las relaciones con la familia y con los compañeros y amigos más cercanos, limitan las conductas de riesgo para la salud y participan más en actividades físicas, entre otros (García, 2009; Gutiérrez y Hernández, 2013).

Todos estos beneficios confirman la importancia de ejecutar diversos programas intergeneracionales, los cuales permiten a los diferentes grupos etarios fomentar una serie de prácticas y comportamientos más adecuados entre ellos, fortaleciendo los lazos intergrupales, aumentando la capacidad de empatía y conexión emocional, y disminuyendo imaginarios sociales con altos niveles de prejuicios, lo que permitirá una sociedad más unificada en pro a los beneficios de los otros. De igual forma, es necesario aumentar la disposición por abordar temas como la sexualidad y la vejez en el sistema educativo, en las políticas públicas y medios de comunicación, dado que se ha evidenciado un gran impedimento en los cuidados integrales de las personas en relación con la sexualidad, siendo ésta un aspecto oculto y

tratado como tabú a nivel de los diversos profesionales del área de la salud (Salinas y Jarillo, 2012; Campos y Salgado, 2013).

A modo de resumen, queda demostrado cómo la actitud es el resultado de una gran cantidad de imaginarios contruidos por las sociedades, los cuales nacen de creencias erróneas que, de una u otra forma, descalifican las capacidades tanto físicas como psicológicas de la vejez y maximizan los aspectos positivos en la juventud, tales como belleza, estatus social, dinamismo, entre otros. Estos estereotipos y prejuicios degradan la sexualidad de las personas, un aspecto tan natural y esencial de la existencia humana.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad es un tema de suma importancia en el ser humano pues tal como señala Aponte (2013) es “...un hecho natural, que está implícito en todos los aspectos de la vida cotidiana, y que afecta todas las esferas vitales del ser humano” (p. 1), sin embargo, la misma autora refiere que la sexualidad es vista comúnmente como un acto con fines meramente reproductivos y, que desde esta visión se deja por fuera a las parejas conformadas por adultos mayores. A pesar de esto, la noción de sexualidad abarca más allá de solo el acto reproductivo, es el conjunto de atributos físicos, funcionales y psicológicos relacionadas a la identidad y conducta sexual de un sujeto (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2001 c.p. Aponte, 2013).

A partir de lo anteriormente expuesto, es importante señalar que varios de los estudios realizados a nivel de América refieren que la concepción que las sociedades tienen sobre la sexualidad o la vida sexual está ligada íntimamente a la juventud (Molina, 2013; Orozco y Rodríguez, 2006). Existe la creencia de que el deseo sexual desaparece con la edad y que entre más edad se tiene más inapropiado es continuar con una vida sexual activa, disminuyendo su frecuencia y calidad (Freixas y Luque, 2009; Nussbaum y cols., 2011). No obstante se ha demostrado todo lo contrario, es decir, en la vejez se mantiene el deseo y la actividad sexual, inclusive la coital (Cerquera y cols., 2013; Freixas y Luque, 2009; López y Olazábal, 1998).

Según Nussbaum y cols. (2011) señalan que, en los últimos estudios que se han realizado, las personas adultas mayores tienden a tener una actitud positiva con respecto a su sexualidad y vida sexual ya que lo consideran un componente básico para su calidad de vida; sin embargo, las actitudes negativas encontradas en los medios de comunicación, los profesionales de la salud, los jóvenes y los hijos de las personas adultas mayores cuando se trata el tema, producen confusión tanto a adultos jóvenes como a adultos mayores al intentar establecer y mantener una relación íntima sana donde se evidencia una actividad sexual satisfactoria, frecuente y apasionada.

Considerando estas tergiversaciones sobre la concepción de la sexualidad, la sociedad va generando un conjunto de imágenes negativas trayendo consigo un conjunto de prejuicios y actitudes erradas por parte de la población en general. A pesar de que el envejecimiento

genera una serie de cambios fisiológicos, es el desconocimiento de que existen estos cambios lo que lleva a la persona a tener sentimientos de angustia e incertidumbre, provocando que experimenten problemas en su funcionamiento sexual (Echenique, 2006).

Varios autores han señalado que los prejuicios sobre la sexualidad en la vejez vienen dado a la falta de información sobre el tema por parte de entes calificados así como también, a las pocas demandas que tanto jóvenes como adultos mayores han hecho para adquirir conocimiento veraz sobre ello, es por esto que sigue siendo una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y menos explorada (Molina, 2013; Orozco y Rodríguez, 2006; Wong, Álvarez, Domínguez, Santos y González, 2010).

Los prejuicios son aprendidos a través del proceso de socialización del individuo el cual transcurre en un ambiente sociocultural determinado (Fernández Ballesteros, 1992 c.p. Lasagni y cols., 2012), de ahí que aquellos que se producen en torno a la sexualidad en la ancianidad afecten significativamente la actividad sexual que jóvenes y adultos puedan experimentar cuando envejezcan (Urquiza y cols., 2007). Por consiguiente “el éxito en las relaciones sexuales depende de las actitudes positivas, de las experiencias previas y de la aceptación de los cambios fisiológicos del envejecimiento” (Echenique, 2006, p. 61).

Según Perdomo, Oria, Segredo y Martín (2010), “es vital para toda persona y en especial para la senectud la necesidad de sentir, dar y recibir ternura y afecto; sentirse aceptados y queridos; ser tomados en cuenta y respetados...” (p. 6). Por tanto es necesario modificar los estereotipos negativos hacia la sexualidad y la vejez; y como lo señalan Campos y Salgado (2013), “los profesionales de las ciencias sociales, la salud, educación y otras disciplinas relacionadas, juegan un papel fundamental, lo que les exige desarrollar capacidades para atender adecuadamente y de forma eficaz las necesidades de este grupo” (p. 4). De ahí la importancia del surgimiento de áreas de estudio como la Gerontología y el progreso de la Psicología del Desarrollo, las cuales han aportado conocimiento fundamental para la comprensión del proceso de envejecimiento y la sexualidad desde un enfoque bio-psico-social.

A partir de lo anteriormente expuesto, se debe tomar en cuenta que en Venezuela se han realizado pocas investigaciones sobre cómo se experimenta la sexualidad en la vejez y cómo es percibida desde la juventud, la adultez y la misma ancianidad. Para poder conseguir en la sociedad venezolana una visión certera sobre la sexualidad vivida en la vejez, uno de

los puntos más importante es conocer las percepciones que los adultos jóvenes venezolanos tienen sobre ella, puesto que ellos serán los adultos mayores del mañana y, dependiendo de las actitudes que tengan actualmente frente al tema, experimentarán de manera sana y libre su sexualidad. Esta investigación busca aportar conocimiento referido a este tema y de esta manera generar interés para futuras investigaciones al respecto. En este sentido surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las actitudes que tienen los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez?

3.1. Justificación

Actualmente en Latinoamérica y el Caribe se ha evidenciado el aumento progresivo del envejecimiento poblacional. Uno de los factores que influye en este fenómeno, según la Comisión Económica para la Región (CEPAL), es el aumento de la esperanza de vida, ésta creció de 55,7 años en 1950 a 74,7 años en el presente. Asimismo, la CEPAL señala que las bajas tasas de natalidad influyen en el envejecimiento demográfico, esto es debido a la disminución de nacimientos por mujer; en 1950 una mujer podía tener hasta casi seis hijos mientras que actualmente la media es de 2,2 hijos (Naciones Unidas, 2014).

En Venezuela, según cifras referidas por el Instituto Nacional de Estadísticas, las proyecciones de la estructura de la población (calculadas en el segundo trimestre del año 2013, con base al censo 2011) refieren que para el 2014 el 6,3% de la población estaría conformada por personas en edades comprendidas entre los 65 y más, mientras que para el 2050 se espera que esta misma población crezca a un 17,8%. La esperanza de vida en el país era en el 2014 de 75,10 años, es decir, un año más a la media registrada a nivel de Latinoamérica y el Caribe. Además, la tasa global de fecundidad es de 2,32 hijos por mujer.

Este envejecimiento demográfico, tanto internacional como nacional, trae consigo un interés por conocer y abordar los nuevos conflictos que se enfrentan las sociedades, tomando así el estudio de la vejez un gran atractivo para las ciencias sociales. Frente a las poblaciones que están envejeciendo una de las problemáticas a tratar es el surgimiento de las imágenes y expectativas que se tienen sobre la vejez y cómo estas se instalan en las sociedades. Estas imágenes que la sociedad crea de sí misma tienen relación con la manera en que este grupo particular es integrado y valorado, con la forma que los actuales ancianos perciben y

experimentan su etapa vital y, fundamentalmente, en cómo las nuevas generaciones prefiguran su propia vejez (Urquiza y cols., 2007).

Puesto que estas imágenes influyen y orientan el comportamiento, se hace necesario ampliar los estudios y/o herramientas que permitan una transformación y fortalecimiento de una imagen adecuada hacia esta etapa de la vida. Sin embargo, las investigaciones que se han realizado en el tema demuestran que las actitudes que tienen las sociedades sobre la vejez tienen fuertes cargas negativas (Jensen y Vogel, 2007; Lasagni y cols., 2012; Urquiza y cols., 2007), ya que se relacionan con “enfermedad, declinación, fragilidad y falta de productividad” (Camilli, Millán y Tirro, 2010).

Los estereotipos y prejuicios generados a partir de estas imágenes señalan creencias y concepciones erróneas y/o exageradas. Una de la más frecuente y que trae consigo consecuencias importantes hace referencia a la inactividad sexual en esta población, lo que lleva a considerar a los ancianos como seres asexuados, que poseen discapacidad sexual y que ya no tienen deseos. Dicha visión está presente en jóvenes, adultos y en los mismos ancianos. Como señala Salvarezza (2000, c.p. Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010), las personas experimentan un “efecto cascada”, es decir, los imaginarios sociales que se tienen frente a la vejez y que se interiorizan a través de la vida causan efectos negativos en ellos mismos cuando sean viejos.

En Venezuela, según la investigación realizada por Wong, Álvarez, Domínguez, Santos y González en el año 2010, estos prejuicios sobre la sexualidad en la tercera edad se mantienen. A pesar de eso, afirman que hay una falta de interés en estudiar el tema por lo que no hay información necesaria para aclarar cómo se desarrolla la sexualidad en la vejez; al mismo tiempo aseveran que gran parte de los profesionales sanitarios tienen una percepción errada de los adultos mayores sobre su vida sexual.

Dado a la escasa información en el país sobre este tema, es importante y necesario realizar nuevas investigaciones que aporten conocimientos relevantes sobre cómo se está viviendo la sexualidad en la vejez y cómo los jóvenes, adultos y ancianos venezolanos, están percibiendo estas imágenes y expectativas con la finalidad de detectar las creencias y concepciones erradas y poder actuar frente a ellas.

La siguiente investigación se basa en estudiar las percepciones que tienen los adultos jóvenes venezolanos sobre la sexualidad en la vejez, estudiando y comparando a su vez a los

adultos jóvenes relacionados al área de la salud con otras áreas de conocimiento, debido a que es necesario que todos los profesionales de la salud y disciplinas relacionadas con los servicios sociales en el país desarrollen eficazmente las competencias necesarias para la atención adecuada de este grupo social. Tal como señalan Bernardini, Moraru, Hanna, Kalache y Macías (2008, c.p. Campos y Salgado, 2013) “las actitudes, intenciones conductuales, conceptos o percepciones sobre las personas de la tercera edad tienen un papel importante en la manera como los estudiantes y futuros profesionales de estas disciplinas van a asumir el trabajo con las personas mayores” (p. 4).

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General.

Conocer las actitudes presentes en los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez.

4.2. Objetivos específicos.

- Indagar las actitudes presentes en los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según el sexo.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según la edad.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según el nivel de instrucción.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según el área de conocimiento.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según la frecuencia de interacción con personas mayores.
- Describir y comparar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez presentes en los adultos jóvenes según su nivel de contacto con personas mayores.

V. MARCO METODOLOGICO

5.1. Tipo de investigación.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), esta investigación es cuantitativa, con alcance descriptivo-correlacional dado que a partir de la medición de ciertos atributos, busca especificar las características y perfiles de personas o grupos y a su vez conocer la relación o grado de asociación que tienen dos o más variables, como lo es el caso de las actitudes hacia la sexualidad y la edad. Como señalan los autores, se pretende hacer mediciones y recolectar información sobre las variables a estudiar y conocer el comportamiento de una variable con respecto a otra. En pocas ocasiones este tipo de investigaciones constituye un fin en sí mismos, si no por el contrario determinan tendencias para próximas investigaciones.

Por otro lado, para Kerlinger y Lee (2002), esta investigación es considerada un estudio de campo, debido a que se describe y se establecen relaciones entre variables en un ambiente natural, sin la manipulación de ninguna de ellas.

5.2. Diseño de investigación.

Atendiendo a los objetivos de investigación dispuestos, se consideró pertinente que el abordaje para la recolección de los datos para esta investigación se ajustaron a un diseño por encuesta, no experimental, transeccional o transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Para estos autores, el propósito de este diseño es indagar la incidencia de las características de un fenómeno y realizar descripciones comparativas entre grupos. Tal como se presentan en su contexto natural. Como se detalló más adelante en el apartado con relación al procedimiento y, más específicamente con relación al trabajo de campo, el plan de recolección de datos contempló que la fase de aplicación de las encuestas se llevó a cabo en su totalidad en el contexto natural donde las personas hacen su vida cotidiana, en un periodo aproximado de tres meses. En función de la localización, el tiempo y disposición de los colaboradores la participación se podía llevar a cabo en formato físico o digital.

5.3. Análisis de variables.

5.3.1. Variable de estudio: Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.

Definición teórica: las actitudes son “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud” (Morales, 2007). En este caso son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre la sexualidad en la vejez. La misma comprende las dimensiones: Creencias Afectivas-Conductuales, Prejuicios de discapacidad sexual y Sexualidad como experiencia afectiva. Entiéndase por las mismas:

- Creencias Afectivas-Conductuales: hace referencia a aquellas intenciones y/o disposiciones que tiene el individuo a la acción; dicha acción, es orientada por elementos afectivos (emociones, sentimientos, estados de ánimos) que motivan a reaccionar favorable o desfavorablemente frente a la sexualidad en la vejez. Los comportamientos manifiestos ayudarán a predecir la conducta futura de acercamiento o distanciamiento del individuo hacia el fenómeno estudiado.
- Prejuicios de discapacidad sexual: implica los conocimientos, pensamientos, ideas y creencias erróneas que las personas tienen hacia la capacidad del anciano para reportar una respuesta sexual sana por el simple hecho de ser mayor.
- Sexualidad como experiencia afectiva: hace referencia a los conocimientos, pensamientos, ideas y creencias que las personas tienen hacia la sexualidad como un fenómeno netamente emocional cuando se es mayor, igualando la relación sexual con la relación amorosa, y dejando a un lado las relaciones carnales y el coito.

Definición operacional: las actitudes se obtuvieron a partir de las puntuaciones arrojadas por las respuestas de cada participante a la Escala de Actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX). La cual consiste es una escala que contiene un total de 42 ítems tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indica que la persona está muy en desacuerdo y 5 que está en total acuerdo con el enunciado dispuesto, correspondientes a una estructura multidimensional de tres dimensiones: Creencias Afectivas-Conductuales, Prejuicios de discapacidad sexual y

Sexualidad como experiencia afectiva; con puntuaciones mínimas de 41 y máxima de 205, donde puntuaciones bajas en cada dimensión representan una actitud positiva y puntuaciones altas indican actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez.

5.3.2. Variables seleccionadas.

-Sexo: Se define como la condición orgánica que caracterizan a los seres humanos, diferenciándolos en femenino y masculino (Real Academia Española, 2016). Esta variable estará registrada por el propio reporte del sujeto, donde coloca la letra “F” (femenino) o “M” (masculino) según sea el caso, en los datos de identificación.

-Edad: Según la Real Academia Española (2016) la edad es “tiempo que ha vivido una persona”, es decir, se define como el tiempo de vida en años que tienen los participantes. Esta variable se registrará por medio del reporte que especifique la persona en años cronológicos, en los datos de identificación.

-Nivel de instrucción: se define como el “grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos” (Instituto Vasco de Estadística, 2016). Esta variable se registrará por medio del reporte directo del sujeto al seleccionar entre las 3 opciones: bachillerato, TSU o universitario; encontrados en los datos de identificación.

-Área de conocimiento: se define como el agrupamiento de disciplinas y/o especialidades en la cual el individuo se ha o está actualmente desarrollándose a nivel educativo. Esta variable se registrará por medio del reporte directo del sujeto al seleccionar entre las opciones: Ciencias de la Salud; Arquitectura, ingenierías y tecnologías; Ciencias Económicas y Sociales; Humanidades y Educación; Ciencias Jurídicas y Políticas; Artes gráficas, publicidad y medios digitales; y otras; encontrados en los datos de identificación.

-Nivel de contacto: se define como la relación y el contacto directo que tienen los adultos jóvenes con adultos mayores en su entorno. Esta variable se registrará por medio del reporte directo del sujeto al preguntarle:

1) Con qué frecuencia interactúa usted con personas mayores: Poca (entre 0 a 2 veces por semana), Moderada (entre 3 y 4 veces por semana) y Bastante (5 a 7 por semana).

2) Cómo es el tipo de relación que usted tiene con personas mayores: Familiar, Laboral, Académico, Amistad o de ningún tipo.

5.4. Participantes.

Se partió de un procedimiento de muestreo no probabilístico e intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014 y Kerlinger y Lee, 2002), que permitió contar con la participación de 403 adultos jóvenes venezolanos, de los cuales, 137 hombres corresponde al 34% de la muestra y 266 mujeres corresponden al 66% de los casos totales. En cuanto a la edad, participaron sujetos con edades comprendidas entre los 20 y 40 años de edad, con un promedio de edad de 25,07 años y una desviación típica de 5,29 (Figura 1).

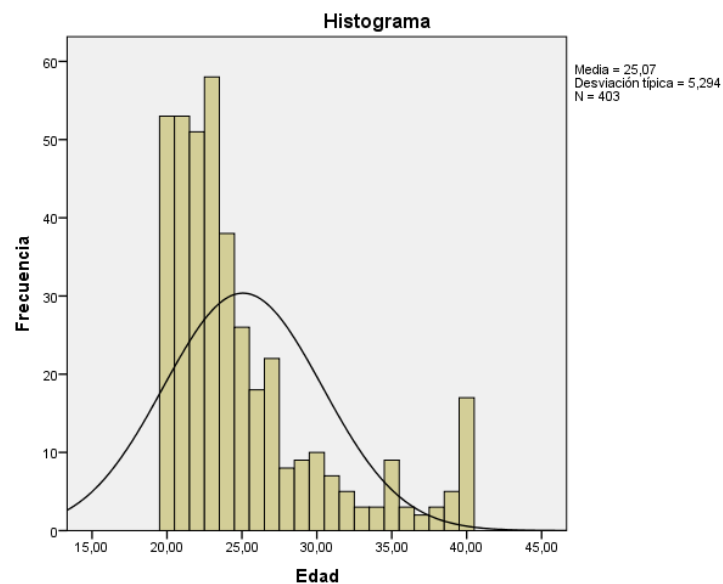


Figura 1. Histograma de la distribución de edad.

Con respecto al nivel de instrucción, la muestra se distribuye de la siguiente manera: en primer lugar, 01 (0,2%) sujeto con un nivel mínimo de estudios de primaria; en segundo lugar, 192 sujetos (47,6%) con un nivel de estudios secundarios o bachillerato; en tercer lugar, 23 sujetos (5,7%) con título de Técnico Superior Universitario y en cuarto lugar, 187 sujetos (46,4%) con estudios universitarios (Figura 2).

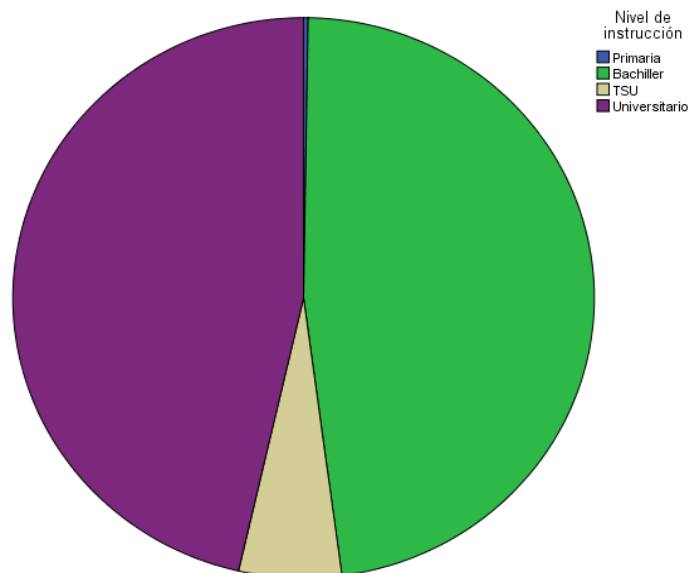


Figura 2. Gráfico de torta de la distribución según el nivel de instrucción.

Así mismo, la muestra se distribuyó según el área de conocimiento de los participantes, los cuales podían proporcionar múltiples respuestas, es decir, sí los sujetos tenían estudios o conocimientos en más de un área podían seleccionar más de una opción; quedando la muestra distribuida de la siguiente manera (ver tabla 1): 156 sujetos (39,9%) con conocimientos en Arquitectura, ingenierías y/o tecnologías; 119 sujetos (30,4%) con estudios en Ciencias Económicas y Sociales; 140 sujetos (35,8%) pertenecientes a las Ciencias de la Salud; 330 sujetos (84,4%) con estudios en Humanidades y Educación; 19 sujetos (4,9%) con conocimientos en Ciencias Jurídicas y Políticas; 41 sujetos (10,5%) pertenecientes a las Artes gráficas, publicidad y medios digitales; y 18 sujetos (4,6%) que respondieron tener estudios en otras áreas, a saber: teatro, música, etc.

Tabla 1. *Distribución de la muestra según el área de conocimiento.*

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Arquitectura, Ingenierías y tecnologías	156	19,0%	39,9%
Ciencias Económicas y Sociales	119	14,5%	30,4%
Ciencias de la Salud	140	17,0%	35,8%
Humanidades y Educación	330	40,1%	84,4%
Ciencias Jurídicas y Políticas	19	2,3%	4,9%
Artes gráficas, publicidad y medios digitales	41	5,0%	10,5%
Otros	18	2,2%	4,6%
Total	823	100,0%	210,5%

Por último, la muestra estuvo dividida según la frecuencia de interacción con personas adultas mayores y el tipo de contacto. Con respecto a la frecuencia de interacción, 122 sujetos (31%) expresaron tener un nivel de frecuencia baja, 128 casos (32,6%) reportó tener una frecuencia moderada, mientras 143 sujetos (36%) expresaron que su contacto con ancianos es bastante frecuente (Figura 3).

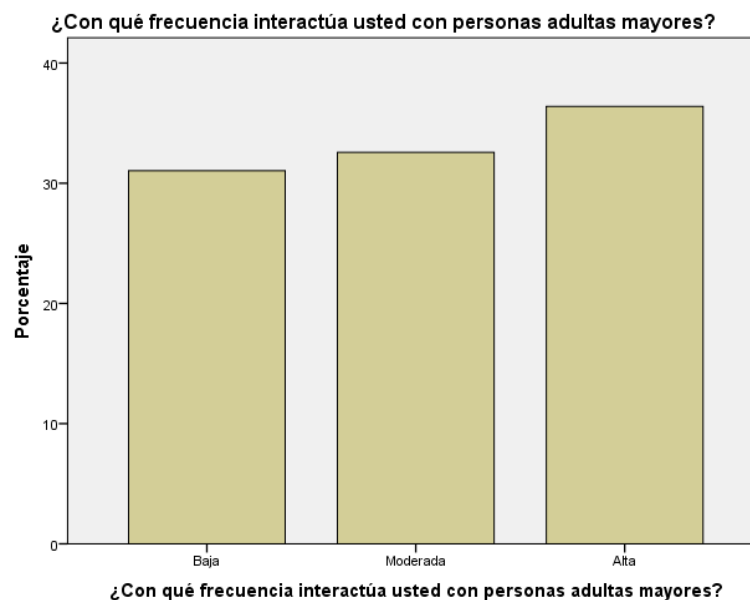


Figura 3. Gráfico de barras de la distribución según la frecuencia de interacción.

En relación con el tipo de contacto con personas adultas mayores, los participantes presentaron respuestas múltiples, quedando la muestra distribuida de la siguiente manera: 314 sujetos (79,9%) indicaron tener un tipo de contacto familiar; 124 casos (31,6%) reportaron tener contacto laboral; 108 sujetos (27,5%) señalaron tener relación de tipo académico; por otro lado, 8 sujetos (2%) relaciones de amistad, mientras otros 8 casos (2%) indicaron no tener ningún tipo de relación con ancianos.

Tabla 2. *Distribución de la muestra según el tipo de contacto*

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Familiar	314	55,9%	79,9%
Laboral	124	22,1%	31,6%
Académico	108	19,2%	27,5%
Amistad	8	1,4%	2,0%
Ninguna de los anteriores	8	1,4%	2,0%
Total	562	100,0%	143,0%

5.5. Instrumento.

Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX): El instrumento se diseñó para la presente investigación, el cual cuenta con un total de 42 ítems divididas en tres dimensiones (ver tabla 3), el mismo mide el grado de actitudes positivas, neutras o negativas que los adultos jóvenes tienen hacia la sexualidad en la vejez, expresándose estas actitudes mediante respuestas cognitivas, afectivas y conductuales (anexo A).

Tabla 3. *Tabla de especificaciones de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (versión previa).*

Dimensiones	Ítems
Cognitiva	24 1, 3, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 39, 41.
Afectiva	10 2, 5, 10, 16, 22, 25, 28, 34, 36, 40.
Conductual	8 7, 8, 13, 23, 27, 30, 38, 42.
Total	42

5.6. Procedimiento.

Fase 1: Preparatoria.

Se realizó una revisión documental de la variable a estudiar y de posibles instrumentos y/o métodos de recolección de datos utilizados en investigaciones anteriores, a nivel nacional e internacional. Luego de una revisión exhaustiva, no se consiguió ningún instrumento y/o cuestionario validado que evaluaran aquellas actitudes que poseen los adultos jóvenes hacia la sexualidad en la vejez; en este sentido, se elaboró *ad hoc* una Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX), respondiendo a los objetivos de la investigación. Para la elaboración de este instrumento se llevaron a cabo los siguientes pasos:

-Entrevistas previas. Como primer paso se procedió a la elaboración de un esquema de entrevista semi-estructurada constituida por 13 preguntas; la misma fue revisada por un Psicólogo experto en el área y se efectuaron las correcciones y sugerencias correspondientes. El formato final de la entrevista quedó constituido por un total de 11 preguntas abiertas (ver anexo B) con la finalidad de explorar el conocimiento y la opinión que poseen los adultos jóvenes con respecto al fenómeno y aproximarse al lenguaje manejado por la población en el contexto nacional.

Posteriormente, se llevó a cabo la selección intencional de 10 sujetos de ambos sexos y pertenecientes a la población seleccionada. Las entrevistas se desarrollaron de forma individual y en parejas, las mismas tuvieron una duración de 3 a 7 minutos, grabando el audio de los participantes con su previa autorización.

-Elaboración de ítems. Durante el proceso se tomó en cuenta las respuestas de los 10 individuos anteriormente seleccionados y el marco referencial de la investigación. En la redacción de cada reactivo se procuró su pertinencia y construcción apropiada en función a las categorías específicas, atendiendo a las cláusulas propuestas por Sulbarán (2009); en este sentido, los enunciados propuestos fueron elaborados a partir de una escala tipo Likert.

-Evaluación de ítems por parte de expertos. En primer lugar, se contó con la colaboración de 6 expertos de las diferentes áreas de trabajo de esta investigación: Psicología y Gerontología (ver tabla 4). A cada juez se les entregó un formato de evaluación (vía email) donde tuvieron la oportunidad de puntuar la calidad de cada enunciado según su redacción y concordancia con la dimensión propuesta. Posterior a la realización de los ajustes solicitados por los jueces, se contó con la colaboración de 3 estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela (ver tabla 5), los cuales evaluaron cada ítem desde sus conocimientos en el área y como parte de la población, proporcionando cambios lingüísticos y gramaticales en varios reactivos.

Una vez culminado los ajustes correspondientes a la redacción de los ítems y su pertinencia en cada dimensión, se escogió los enunciados que formaron parte de la escala. Los 42 reactivos seleccionados se distribuyeron aleatoriamente en una hoja de presentación para su posterior aplicación a la muestra seleccionada.

-Prueba previa. Se administró de modo personalizado la versión previa de la escala a 15 participantes, con edades comprendidas entre 20 y 36 años. Dicha fase se llevó a cabo con la intención de que cada individuo expresara su opinión con respecto a la redacción de las instrucciones de la Escala, además sí al contestarla presentaban alguna pregunta o duda con respecto a los enunciados. A partir de los comentarios y sugerencias de los participantes, tres de los ítems sufrieron modificaciones de redacción.

-Prueba piloto: Acto seguido, se administró a 106 personas, pertenecientes a la población seleccionada, la versión previa de la Escala con las correcciones realizadas en la fase anterior, por medio de la herramienta *Google Formularios*. En esta fase, la prueba piloto se hizo llegar a la muestra por email y redes sociales, vía Internet, y la misma se llevó a cabo en un periodo de tiempo de 30 días.

Una vez finalizada la fase de aplicación, se procedió a la realización de un análisis cuantitativo de ítems, en el cual se exploró el comportamiento de los reactivos, su capacidad discriminativa y variabilidad por medio de estadísticos de tendencia central. Para la escogencia de los enunciados que formaron parte del formato final de la Escala se les asignó mayor puntaje a aquellos que presentaron una desviación típica alta, una diferencia entre el

mayor y el menor puntaje inferior a 36 puntos, una curtosis que se encuentre en el rango platicúrtico y, correlaciones de Pearson altas y directamente proporcionales con la dimensión.

Ya establecidos los primeros puntajes, se procedió a realizar un baremo con los puntajes sumados para la clasificación final de los reactivos. Esta clasificación va desde ítems *buenos*, aquellos que obtuvieron puntajes entre 6 y 8, para *revisión* con puntajes de 4 y 5 y, por último, ítems que fueron *eliminados*, logrando alcanzar como puntaje máximo 3. Luego del escrutinio quedaron eliminados 3 enunciados, se revisaron 11 y se admitió al resto; en este sentido, los ítems que resultaron para revisión se re-evaluaron a nivel de su capacidad discriminativa y la dispersión de los puntajes, a partir de allí se eliminó 5 reactivos y se salvó al resto. Por tanto, la primera versión del ACSEX quedó conformada por un total de 42 ítems, divididos en 24 enunciados en la dimensión *Cognitiva*, 10 en la *Afectiva* y 8 en la *Conductual* (ver anexo A).

Fase 2: Trabajo de Campo.

En esta fase se procedió a la aplicación de la escala en formato digital, utilizando la herramienta *Google Formularios*, y en formato impreso (ver Anexo A). Aquellas personas que respondieron por medio de la herramienta *Google Formularios* se les contactó por email y redes sociales (Facebook, Whatsapp, Instagram y Twitter) vía Internet; mientras que aquellos que respondieron en formato impreso se ubicaron activando las redes de contactos personales y asistiendo a diversas universidades nacionales.

La fase de aplicación se llevó a cabo en su totalidad en un periodo de tres meses, en función del tiempo y disposición de los participantes, obteniendo una muestra total de n=403 participantes.

Una vez recabada la información en función a la muestra definitiva se procedió a elaborar la base de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). En esta fase se realizaron los análisis cuantitativos y estadísticos correspondientes, a saber: análisis exploratorio de los datos, análisis descriptivo y comparativo entre los grupos seleccionados.

Fase 3: Análisis de resultados y revisión de las propiedades psicométricas del ACSEX.

A continuación se desarrollan los resultados encontrados en la investigación atendiendo a la validez de contenido, ecológica y de constructo, y a la confiabilidad del ACSEX.

Validez de Contenido. Para efectos de la presente investigación fueron llevados a cabo una variedad de procedimientos para garantizar la validez de contenido, la cual, partiendo de lo que establece Magnusson (1975), permite la adecuación de los ítems del instrumento con el constructo que se está pretendiendo medir. La validez de contenido del ACSEX viene compuesta por una revisión teórica exhaustiva de los constructos Actitudes, Sexualidad y Vejez, la cual permitió conocer la naturaleza y los componentes de la variable.

Para lograr una buena redacción y mayor entendimiento de la escala, se hicieron una serie de entrevistas a hombres y mujeres entre 20 y 30 años de edad, logrando un paneo general del lenguaje que usan para expresar su conocimiento y opinión de la variable *Sexualidad en la vejez*, todo esto para la posterior construcción de enunciados relevantes, representativos y adaptados a la realidad donde será aplicado la escala.

Posteriormente, se consultó al juicio de 6 expertos de diversas universidades nacionales e internacionales, con más de 8 años en el área de docencia e investigación, con experiencia en Psicología y Gerontología (ver tabla 4). Se les presentó un formato de evaluación donde se les solicitó que centraran su valoración en la pertinencia de cada ítem a la dimensión, redacción y vocabulario para determinar si se encuentra adaptado al contexto sociocultural.

Dentro de las observaciones dadas por los jueces se encuentra la redacción de diversos ítems: cambio de verbos asociados a las emociones y conductas, lenguaje inclusivo (cambio de la palabra *anciano* a *personas adultas mayores*); y la pertinencia del reactivo con la dimensión, especificando que la redaccion, en algunos casos, hacía referencia a dos o tres dimensiones al mismo tiempo.

Así mismo, se contó con la colaboración de tres estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como expertos vivenciales por pertenecer

al grupo muestral (ver tabla 5). Ellos, desde sus conocimientos en aspectos relacionados con la psicología y siendo parte de la población, dieron su opinión con respecto a la redacción de cada reactivo, correspondencia con la dimensión, aspectos relacionados a la interpretación y/o evaluación del ítem y su posible respuesta. En esta fase se modificó la redacción en algunos ítems, se cambiaron ciertas expresiones de sentimientos tales como: “me gusta” por “es cómodo, agradable, me complace” ya que según su opinión, expresaban mejor el componente afectivo de dichos ítems. Además, se eliminaron en algunos ítems palabras como: frecuentemente, siempre, nunca.

Tabla 4. *Expertos para la validación aparente y de contenido.*

Iniciales	Nivel Académico	Área de especialización	Antigüedad
ED	Licenciado en Psicología (UCV)	-Actitudes	55 años.
CM	Licenciada en Psicología (UCV) Diplomado en Psicodiagnóstico y Evaluación neuropsicológica (UCAB) Máster en Psicobiología (USC) Doctorado en Educación Superior (UPEL)	-Psicología Cognoscitiva -Metacognición -Educación Superior -Parafilias -Prejuicios	30 años
DS	Licenciado en Psicología (UCV) Estudios en Maestría en Educación (USB)	-Actitudes -Metodología -Psicometría	8 años.
VT	Licenciada en Psicología (UCAB) Maestría en Neurociencias (IAEU) Especialización en Psicogerontología (U. Maimónides, Argentina)	-Envejecimiento -Neurociencias	20 años
ML	Bachiller en Filología Bachiller en Ciencias de la Educación Licenciada en Lingüística Magister Scientiae en Gerontología Doctorado en Educación (Universidad De La Salle, Costa Rica)	-Filología Española -Enseñanza del Castellano y la Literatura. -Fonética Española. -Sexualidad en la PAM -Mediación Pedagógica	31 años 8 años
CA	Licenciada en Psicología (UCV) Especialización en Desarrollo Organizacional (UCAB) Diplomados Básico y Aplicado en Psicología Positiva (UNIMET-CENDECO)	-Industrial/Organizacional -Envejecimiento	30 años 12 años

UCV: Universidad Central de Venezuela. **USB:** Universidad Simón Bolívar. **UCAB:** Universidad Católica Andrés Bello. **UPEL:** Universidad Pedagógica Experimental Libertador. **USC:** Universidad de Santiago de Compostela. **UNIMET:** Universidad Metropolitana de Caracas. **IAEU:** Instituto Altos Estudios Universitarios – España.

Validez práctica. En lo que respecta a la validez ecológica o práctica del ACSEX, una prueba previa llevada a cabo con una muestra de 15 participantes, indicó la necesidad de

hacer ajustes a las instrucciones de la Escala y la modificación de la redacción de tres ítems. Ejemplo: “*las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta la muerte*” por “*las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta los últimos años de vida*”. Posteriormente, se administró en formato digital a 106 participantes, pertenecientes a la población seleccionada, la prueba piloto de la Escala con las correcciones realizadas en la fase anterior. A partir de los datos obtenidos se procedió al análisis de ítems y se realizaron las correcciones pertinentes.

Tabla 5. *Expertos vivenciales para la validación aparente y de contenido.*

Iniciales	Nivel de Instrucción	Semestre	Mención	Institución
LB	Estudiante de psicología	10mo	Psicología Clínica Dinámica	UCV
SM	Estudiante de psicología	8vo	Psicología Clínica	UCV
NR	Estudiante de psicología	8vo	Psicología Clínica	UCV

UCV: Universidad Central de Venezuela.

Validez de Constructo. Hernández y cols. (2014), indican que la validez de constructo hace referencia a la validación del fundamento teórico sobre el cual se ha desarrollado el instrumento, es decir, se basa en la relación consistente con otras mediciones subyacentes. De modo que, para demostrar la validez de constructo de la Escala de Actitudes hacia la sexualidad en la vejez, se utilizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, con el objetivo de conocer el comportamiento de los reactivos con respecto a los factores preestablecidos, en un primer momento. La validez de constructo se ejecutó en dos fases: 1) *Análisis exploratorio* y, 2) *Análisis confirmatorio*, a continuación se describe dichos análisis:

-Análisis exploratorio. Para el análisis factorial exploratorio se utilizó una muestra de $n=403$ sujetos. Inicialmente se le aplicó a los resultados la prueba de medida de adecuación muestral KMO para verificar que había efectivamente correlaciones entre las variables para que el análisis factorial tuviese sentido (ver tabla 6).

Debido que se obtuvo un valor de KMO cercano a la unidad se puede asumir que hay suficientes correlaciones como para que el análisis factorial arroje resultados útiles para

comprobar la validez de la ACSEX en cuanto al constructo se refiere. El contraste de Bartlett por su parte, arrojó una significación de 0,00 lo que indica la existencia de una correlación significativa entre las variables.

Tabla 6. *KMO y Prueba de Bartlett del ACSEX -Análisis exploratorio.*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.			,900
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado		6457,308
	Gl		861
	Sig.		,000

Con respecto a la estructura factorial de la prueba, en la tabla 7 se puede apreciar que los tres primeros factores arrojados por el análisis factorial explican el 38,23% del total de la varianza explicada. Asimismo, con base a la figura 4, se confirma la existencia de tres componentes claramente diferenciados dentro de la escala.

Tabla 7. *Varianza total explicada del ACSEX – Análisis exploratorio.*

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,474	22,557	22,557	7,352	17,504	17,504
2	4,367	10,396	32,954	4,993	11,887	29,391
3	2,349	5,592	38,546	3,845	9,155	38,546
4	1,715	4,083	42,629			
38	,288	,686	97,591			
39	,275	,654	98,245			
40	,266	,633	98,878			
41	,248	,590	99,468			
42	,224	,532	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Por otra parte, en el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax se puede observar las cargas de cada reactivo en tres factores (ver tabla 8). En el

primer factor existe una alta tendencia de asociación entre los diecisiete ítems correspondientes a las dimensiones *afectiva* y *conductual*, establecidas previamente, y en el segundo y tercer factor se encuentran divididos aquellos reactivos pertenecientes a la dimensión *cognitiva*.

Dentro de esta estructura factorial se muestra que tanto los ítems pertenecientes al componente afectivo como los del componente conductual están presentando solapamientos entre sí, es decir, la redacción de los enunciados puede que este estimulando en el participante una acción frente a la emoción que le podría estar produciendo en ese momento el ítem. Este razonamiento tiene relación con la teoría propuesta la cual señala que el componente afectivo suele ser considerado el aspecto fundamental de las actitudes, dado que muchas de las actitudes se orientan al acercamiento o distanciamiento del objeto evaluado (acción) y los elementos afectivos son los principales motivadores de las reacciones intermedias y/o de conductas futuras en la persona.

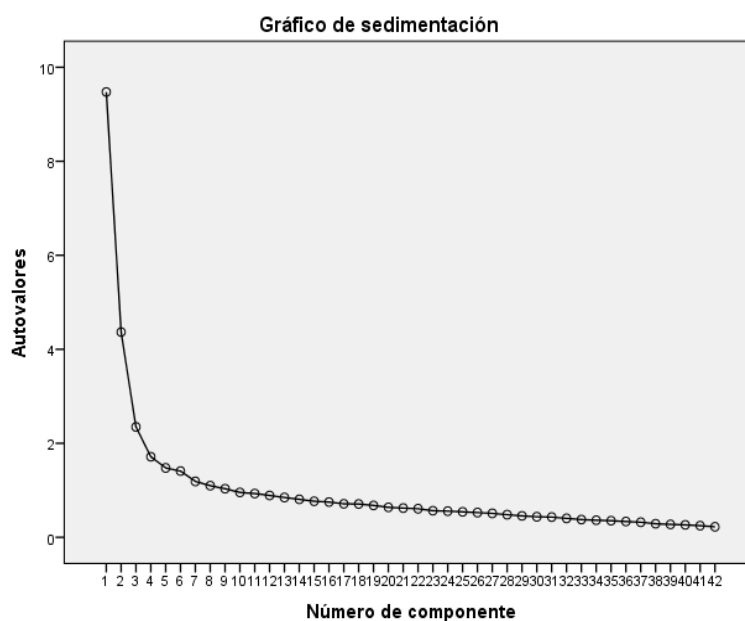


Figura 4. Gráfico de sedimentación del ACSEX.

A partir de lo anteriormente descrito, y para efectos de la versión revisada de la Escala, el primer factor tendrá como nombre *Afectivo-Conductual*. Sin embargo, para revisiones futuras es necesario tomar en cuenta la reestructuración de los ítems y/o modificar

la forma de presentar los mismos, con la utilización de reactivos icónicos, diferencial semánticos, etc., para conocer y evaluar el comportamiento de los factores claramente diferenciados.

Por su parte, los ítems pertenecientes a la dimensión cognitiva se dividen en dos factores diferentes. Luego de una exhaustiva valoración de los reactivos se identificó que ambos factores explican dos tipos de creencias sobre la misma variable de estudio, a saber, los reactivos pertenecientes al segundo factor se asocian a los prejuicios existentes sobre la discapacidad a nivel sexual de personas longevas por el simple hecho de ser anciano (*ej. 17. La pérdida del atractivo físico reduce la sexualidad en la vejez; 20. Los adultos mayores casi nunca tienen relaciones sexuales*); mientras que los ítems pertenecientes al tercer factor muestran aquellas creencias que relacionan la vida sexual del anciano con la experiencia afectiva de la sexualidad y la vejez (*ej. 6. Tener pareja sexual en la vejez significa que existe comprensión entre ambos; 24. Cuando dos personas adultas mayores están juntas sexualmente es porque hay confianza entre ellos*).

Ambos razonamientos concuerdan con la teoría planteada donde se demuestra que gran parte de la población le atribuye a los ancianos una serie de enfermedades y discapacidades que no necesariamente son únicos de esa etapa, además, la presencia de creencias sobre la imposibilidad de disfrutar una vida sexual tal como lo realizan los jóvenes, por lo que toda relación íntima está condicionada al amor y comprensión entre los miembros y no a conductas meramente carnales.

A raíz de lo expuesto, se decidió nombrar para la versión revisada de la Escala (ACSEX-R) al segundo y tercer factor como *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*, respectivamente. Por último, dentro del análisis factorial y correlaciones se evidenció que el reactivo 26 presentó un valor menor a .30; al poseer una baja consistencia con las tres dimensiones se procedió a la eliminación del ítem en las siguientes fases de análisis.

En suma, los resultados obtenidos a través de la matriz de componentes rotados indican que los ítems no se agrupan en correspondencia con las dimensiones planteadas en primer momento por la teoría y lo descrito en la primera versión de la Escala (tabla 3), por lo cual fue necesaria la reubicación de los reactivos a las tres nuevas dimensiones, generando un ajuste en el comportamiento de la matriz a la postura propuesta.

Tabla 8. *Estructura Factorial de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez.***Matriz de componentes rotados^a**

	Componente		
	1	2	3
[1. Considero que las personas adultas mayores no tienen sexo]	,521		
[2. Me desagrada imaginar a las personas adultas mayores buscando pareja sexual]	,515	,316	
[3. En la vejez es menos importante el placer sexual]	,623		
[4. Pienso que en la vejez se disminuye el rendimiento sexual de la persona]	,447		
[5. Me es cómodo imaginar a una pareja de adultos mayores dándose abrazos, caricias y besos eróticos]	,443		
[6. Tener pareja sexual en la vejez significa que existe comprensión entre ambos]		,612	
[7. Me rio cuando imagino a dos personas adultas mayores teniendo relaciones sexuales]	,403		
[8. Soy capaz de hablar con las personas adultas mayores acerca de su sexualidad]	,490		
[9. Las personas adultas mayores experimentan deseo sexual]	,428		-
		,365	
[10. Me es agradable pensar que una pareja de adultos mayores puedan tener vida sexual activa]	-		
	,579		
[11. Pienso que las personas adultas mayores tienen más conocimiento acerca del sexo]		,579	
[12. Las personas adultas mayores son más maduras sexualmente]		,577	
[13. Prefiero no hablar acerca de la sexualidad que viven las personas adultas mayores]	,677		
[14. En la vejez las personas se masturban]	,453		
[15. Las personas adultas mayores no realizan juegos eróticos en su actividad sexual]	,441		
[16. Me agrada imaginarme a dos personas adultas mayores besándose apasionadamente]	,674		
[17. La pérdida del atractivo físico reduce la sexualidad en la vejez]	,427		
[18. Creo que en la vejez las condiciones físicas de la persona limitan su sexualidad]	,428		
[19. En la vejez los hombres necesitan siempre medicación para mantener una vida sexual activa]	,486		
[20. Los adultos mayores casi nunca tienen relaciones sexuales]	,546		
[21. La sexualidad en la vejez está asociada al vínculo afectivo]		,610	
[22. Me es cómodo pensar que dos adultos mayores realicen juegos eróticos en su intimidad sexual]	,600		
[23. Apruebo que las personas adultas mayores puedan besarse apasionadamente en público]	,432		
[24. Cuando dos personas adultas mayores están juntas sexualmente es porque hay confianza entre ellos]		,699	
[25. Me incomoda saber que los adultos mayores tienen deseos sexuales]	,660		
[26. En la vejez las mujeres no necesitan medicación para mantener una vida sexual activa]			
[27. Me alejo al escuchar a las personas adultas mayores hablando de su sexualidad]	,701		
[28. Imaginar a dos personas adultas mayores dándose afecto erótico es desagradable]	,747		

[29. Creo que a partir de los 70 años la persona disminuye su actividad sexual]	,549
[30. Prefiero no ver escenas de amor donde los protagonistas sean dos personas adultas mayores]	,608
[31. Pienso que en la vejez es imposible llegar al orgasmo]	,505
[32. En la vejez, las caricias, abrazos y besos eróticos son más frecuentes que el coito]	,394
[33. Las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta los últimos años de vida]	,434
[34. Me incomoda pensar en una pareja de adultos mayores abrazados eróticamente]	,705
[35. Tener pareja sexual en la vejez significa que hay amor entre ambos]	,732
[36. Me agrada conversar sobre la sexualidad en la vejez]	,639
[37. Las parejas adultas mayores son prueba de que el amor verdadero existe]	,658
[38. Rechazo la idea de que dos personas adultas mayores se besen y abracen eróticamente en público]	,502 ,332
[39. A partir de los 70 años las personas ya no buscan parejas con interés sexual]	,695
[40. Siento repulsión al imaginar que dos personas adultas mayores tienen relaciones sexuales]	,731 ,308
[41. En la vejez no se es activo sexualmente]	,714
[42. Evito pensar en dos personas adultas mayores besándose y acariciándose de forma erótica]	,778

Factor 1: *Afectivo. Factor 2:* *Conductual. Factor 3:* *Cognitivo*

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

-Análisis confirmatorio. Posterior al análisis factorial exploratorio, a la reestructuración del comportamiento de la matriz a la postura propuesta y a la eliminación de casos atípicos, se realizó un análisis confirmatorio para verificar la estructura factorial de la escala. Para ello, en primer lugar se calculó las correlaciones de **Pearson (ítem-dimensión)** en base a los factores establecidos en la fase anterior, a saber: *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*. Dentro de las correlaciones se evidenció que todos los reactivos arrojaron correlaciones entre moderadas y altas con sus respectivas dimensiones.

Acto seguido, se empleó nuevamente el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, con el objetivo de conocer el comportamiento de los reactivos con respecto a los factores establecidos. Para este análisis factorial se utilizó la muestra final de $n=393$ sujetos.

Tabla 9. *KMO y prueba de Bartlett para el ACSEX-R – Análisis confirmatorio.*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,897
	Chi-cuadrado aproximado	5982,279
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	820
	Sig.	,000

Como primer paso, se aplicó la prueba de medida de adecuación muestral KMO para verificar la pertinencia del análisis factorial (ver tabla 9). Debido que se obtuvo un valor de KMO cercano a la unidad se puede asumir que hay suficientes correlaciones como para que el análisis factorial arroje resultados útiles para comprobar la validez de la ACSEX-R en cuanto al constructo se refiere. El contraste de Bartlett por su parte, arrojó una significación de 0,00 lo que indica la existencia de una correlación significativa entre las variables.

De acuerdo con la estructura factorial de la prueba, en la tabla 10 se puede apreciar que los tres primeros factores arrojados por el análisis factorial siguen explicando el 38% del total de la varianza explicada. Asimismo, con base a la figura 5, se corrobora la existencia de tres componentes claramente diferenciados dentro de la escala.

Los datos presentados en el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax (tabla 11), confirman la estructura de la matriz del ACSEX-R, observándose cargas significativas de los reactivos con el factor al que pertenecen, presentando solo el ítem 33 cargas en dos dimensiones, sin embargo posee mayor carga con el factor *Prejuicios de discapacidad sexual*.

Tabla 10. *Varianza total explicada del ACSEX-R – Análisis confirmatorio.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,454	23,059	23,059	9,454	23,059	23,059	7,487	18,261	18,261
2	3,759	9,167	32,227	3,759	9,167	32,227	4,740	11,562	29,823
3	2,382	5,810	38,037	2,382	5,810	38,037	3,368	8,214	38,037
4	1,748	4,264	42,300						
38	,281	,686	98,175						
39	,268	,654	98,830						
40	,255	,623	99,453						
41	,224	,547	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Asimismo, se presentan cargas negativas lo cual señala que existe una correlación inversamente proporcional entre el reactivo y su dimensión, es decir, aquellas personas que calificaron puntajes altos en un reactivo del primer factor, por ejemplo, respondieron de forma contraria en los ítems restantes de dicha dimensión; lo cual se adecua con la estructura de los ítems y su valoración en la escala.

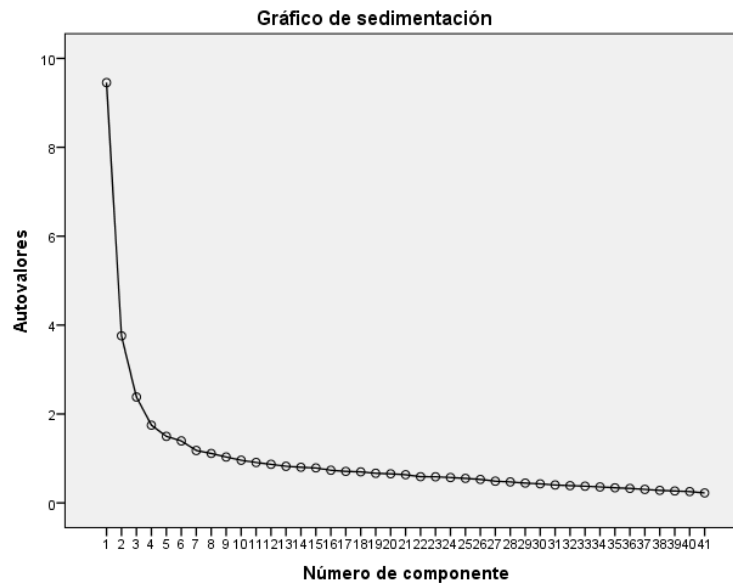


Figura 5. Gráfico de sedimentación del ACSEX-R.

Tabla 11. Estructura Factorial del ACSEX-R.

Matriz de componentes rotados ^a			
	Componente		
	1	2	3
[1. Considero que las personas adultas mayores no tienen sexo]		,499	
[2. Me desagrada imaginar a las personas adultas mayores buscando pareja sexual]	,510		
[3. En la vejez es menos importante el placer sexual]		,610	
[4. Pienso que en la vejez se disminuye el rendimiento sexual de la persona]		,448	
[5. Me es cómodo imaginar a una pareja de adultos mayores dándose abrazos, caricias y besos eróticos]	,451		
[6. Tener pareja sexual en la vejez significa que existe comprensión entre ambos]			,565
[7. Me rio cuando imagino a dos personas adultas mayores teniendo relaciones sexuales]	,397		

[8. Soy capaz de hablar con las personas adultas mayores acerca de su sexualidad]	,499	
[9. Las personas adultas mayores experimentan deseo sexual]	,456	
[10. Me es agradable pensar que una pareja de adultos mayores puedan tener vida sexual activa]	-,585	
[11. Pienso que las personas adultas mayores tienen más conocimiento acerca del sexo]		,559
[12. Las personas adultas mayores son más maduras sexualmente]		,562
[13. Prefiero no hablar acerca de la sexualidad que viven las personas adultas mayores]	,677	
[14. En la vejez las personas se masturban]	,451	
[15. Las personas adultas mayores no realizan juegos eróticos en su actividad sexual]	,435	
[16. Me agrada imaginarme a dos personas adultas mayores besándose apasionadamente]	,686	
[17. La pérdida del atractivo físico reduce la sexualidad en la vejez]	,407	
[18. Creo que en la vejez las condiciones físicas de la persona limitan su sexualidad]	,440	
[19. En la vejez los hombres necesitan siempre medicación para mantener una vida sexual activa]	,459	
[20. Los adultos mayores casi nunca tienen relaciones sexuales]	,523	
[21. La sexualidad en la vejez está asociada al vínculo afectivo]		,617
[22. Me es cómodo pensar que dos adultos mayores realicen juegos eróticos en su intimidad sexual]	,607	
[23. Apruebo que las personas adultas mayores puedan besarse apasionadamente en público]	,463	
[24. Cuando dos personas adultas mayores están juntas sexualmente es porque hay confianza entre ellos]		,682
[25. Me incomoda saber que los adultos mayores tienen deseos sexuales]	,676	
[27. Me alejo al escuchar a las personas adultas mayores hablando de su sexualidad]	,698	
[28. Imaginar a dos personas adultas mayores dándose afecto erótico es desagradable]	,748	
[29. Creo que a partir de los 70 años la persona disminuye su actividad sexual]	,546	
[30. Prefiero no ver escenas de amor donde los protagonistas sean dos personas adultas mayores]	,602	
[31. Pienso que en la vejez es imposible llegar al orgasmo]	,464	
[32. En la vejez, las caricias, abrazos y besos eróticos son más frecuentes que el coito]		-,368

[33. Las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta los últimos años de vida]	-,526	,323
[34. Me incomoda pensar en una pareja de adultos mayores abrazados eróticamente]	,709	
[35. Tener pareja sexual en la vejez significa que hay amor entre ambos]		,765
[36. Me agrada conversar sobre la sexualidad en la vejez]	,658	
[37. Las parejas adultas mayores son prueba de que el amor verdadero existe]		,678
[38. Rechazo la idea de que dos personas adultas mayores se besen y abracen eróticamente en público]	,506	,300
[39. A partir de los 70 años las personas ya no buscan parejas con interés sexual]		,677
[40. Siento repulsión al imaginar que dos personas adultas mayores tienen relaciones sexuales]	,735	
[41. En la vejez no se es activo sexualmente]		,698
[42. Evito pensar en dos personas adultas mayores besándose y acariciándose de forma erótica]	,784	

Factor 1: *Afectivo-Conductual.* **Factor 2:** *Prejuicios de discapacidad sexual.*

Factor 3: *Sexualidad como experiencia afectiva*

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

A partir de lo anteriormente expuesto y para efectos de esta investigación, los análisis subsiguientes partirán de la nueva estructura factorial de la escala, por tanto la tabla de especificaciones del ACSEX-R queda planteada de la siguiente manera:

Tabla 12. *Tabla de especificaciones del ACSEX-R.*

Dimensiones	Ítems
Sexualidad como experiencia afectiva	8 6, 11, 12, 21, 24, 31, 34, 36.
Prejuicios de discapacidad sexual	15 1, 3, 4, 9, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 28, 30, 32, 38, 40
Conductual-afectiva	18 2, 5, 7, 8, 10, 13, 16, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 39, 41.
Total	41

Confiabilidad del ACSEX-R. Hogan (2003), menciona que la consistencia interna es uno de los métodos usados con mayor frecuencia para expresar la confiabilidad de un instrumento psicométrico, así mismo señala que existen diversos procedimientos para medir la consistencia interna de una prueba, para el caso del ACSEX-R se utilizó el estadístico

Coeficiente Alfa el cual indica la inestabilidad o falta de confiabilidad debido al muestreo del contenido. Sucesivamente, Cohen y Swerdik (2000), explican que es apropiado para medir la consistencia interna de pruebas con reactivos no dicotómicos y para evaluar la medida en que los ítem miden efectivamente el mismo campo de contenido. A continuación se muestran los resultados obtenidos a partir del estudio de consistencia realizado.

Los resultados arrojados por el coeficiente Alfa de Cronbach (ver tabla 12) muestra un grado alto de consistencia interna entre los reactivos y su dimensión. Las tres dimensiones *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*, son exitosas en medir esas categorías de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en los sujetos evaluados, lo cual indica que los patrones de respuesta de las personas para estos reactivos son consistentes, es decir, una persona que reporte patrones de conducta referidos a su actitud en uno de los ítems, responderá de manera similar en los demás reactivos de la dimensión al que pertenece.

Tabla 13. *Coeficiente Alfa de Cronbach del ACSEX-R.*

	Alfa de Cronbach
Afectivo-Conductual	,877
Creencias asociadas a la discapacidad sexual	,762
Sexualidad como experiencia afectiva	,680

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados del procesamiento de los datos realizado para dar respuesta, con base en argumentos estadísticos pertinentes, a los objetivos planteados. Se han desarrollado dos apartados: 1) análisis exploratorio de los datos y, 2) descripción de las variables en estudio, a nivel general y según las variables seleccionadas.

El primer apartado presenta el análisis exploratorio de los datos con el interés de evidenciar el cumplimiento de normalidad de las distribuciones a estudiar. Por otro lado, el segundo apartado, muestra el análisis descriptivo de las distribuciones y comparaciones de grupos, con el fin de responder a los objetivos propuestos.

Los puntajes que se reportan para las dimensiones *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva* de la Escala de Actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX-R), corresponden a los puntajes promediados de los totales de cada una, donde un menor puntaje representa la presencia de actitudes más positivas hacia la sexualidad en la vejez. Todos los cálculos e ilustraciones se llevaron a cabo con el uso del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS). Los análisis con sus tablas y gráficas se presentan a continuación.

6.1. Análisis exploratorio de datos.

A partir de la información recolectada y con base en el nuevo modelo de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, se realizó un análisis exploratorio de los datos con el interés de identificar la presencia de valores perdidos, casos atípicos y verificar el cumplimiento de los supuestos de normalidad. Para la primera fase se procedió al uso de gráficos de caja y bigotes para la identificación de los puntajes aberrantes; por otro lado, para la segunda fase se hizo uso de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste de las distribuciones a la normal.

6.1.1. Evaluación de casos atípicos.

Con base a la figura 6 es posible identificar aquellos puntajes atípicos que alteran el comportamiento normal de las distribuciones para los puntajes de las dimensiones *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*.

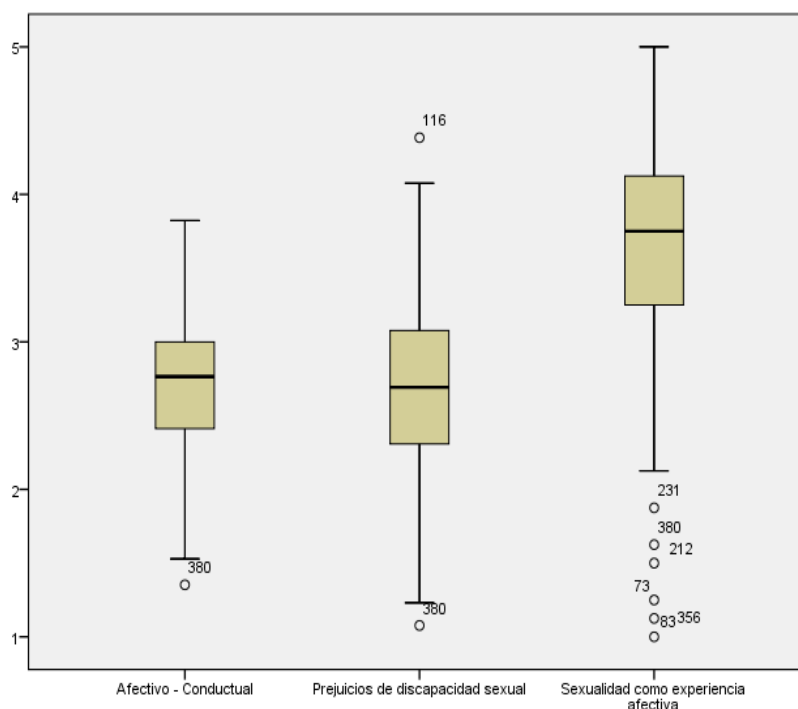


Figura 6. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R.

Los datos evidencian un total de diez elementos atípicos, observándose un solo caso que contestó de forma atípica en las tres dimensiones de la escala, presentando puntuaciones bajas en ellas; por otro lado, un sujeto presentó puntajes más altos en la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, mientras que los casos restantes se comportaron de manera diferente en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*. A partir de la eliminación de casos atípicos las distribuciones de las diferentes variables se comportaron de la siguiente manera (ver figura 7):

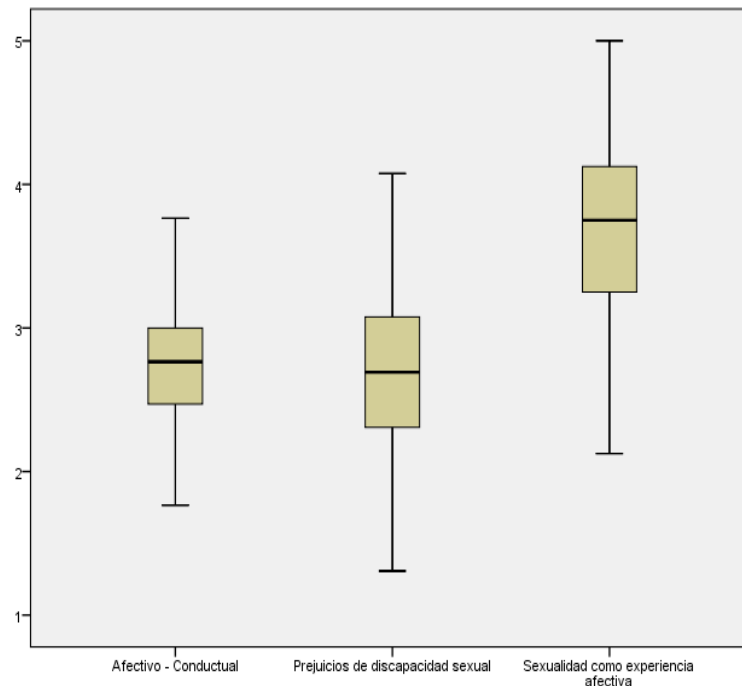


Figura 7. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R.

6.1.2. Prueba de normalidad.

Una vez depurada la base de datos para procurar el control de los casos atípicos, se llevó a cabo la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov, la cual permitió comprobar el ajuste de las distribuciones de la actitud hacia la sexualidad a la distribución teórica normal. Dado que esta prueba no arroja resultados precisos si la muestra es de gran tamaño se decidió seleccionar aleatoriamente el 30% de los casos con el fin de controlar el error tipo 2 (Hair, Anderson, Tatham, y Black, 1999).

En la tabla 14 se presentan los resultados obtenidos para evaluar el supuesto de normalidad para las dimensiones de la actitud hacia la sexualidad en la vejez, con una muestra de 139 sujetos. De acuerdo con estos resultados, se puede concluir que las distribuciones de las distintas variables se comportan de manera bastante normal puesto que los valores de significancia en los tres casos son mayores a 0,05.

Tabla 14. *Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.*

		Afectivo - Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
N		139	139	139
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2,6407	2,6014	3,4245
	Desviación típica	,64346	,54690	,67928
	Absoluta	,073	,062	,098
Diferencias más extremas	Positiva	,065	,057	,041
	Negativa	-,073	-,062	-,098
Z de Kolmogorov-Smirnov		,864	,730	1,158
Sig. asintót. (bilateral)		,445	,660	,137

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

6.2. Análisis descriptivo.

Posterior al proceso de depuración y la aplicación de la prueba de bondad de ajuste, la muestra final utilizada para el análisis de datos fue de 393 sujetos. A partir de las respuestas de estos se presenta el análisis descriptivo del comportamiento de las actitudes hacia la sexualidad de los jóvenes, tanto para la variable en general como para sus distintas dimensiones. Para ello, se calcularon los estadísticos de tendencia central (media y mediana), variabilidad (rango y desviación típica) y forma de la distribución (asimetría y curtosis). Los resultados de estos análisis se presentan en tablas y se ilustran con el uso de diagramas de cajas y bigotes, de manera general y segmentados en función de las variables sociodemográficas seleccionadas. En este sentido, se hizo uso de estadísticos de correlación para los casos pertinentes y de contingencia para las variables cualitativas y de respuesta múltiples.

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez.

Con base en la tabla 15, la dimensión *Afectivo-Conductual* mostró que los participantes (n=393) presentan puntajes entre 1.22 y 4.56, con un promedio moderado (Media=2.67; Md=2.72) y niveles de asimetría casi nulos (As= -.042), lo cual señala que los puntajes extremos no representan comportamientos atípicos dentro de la evaluación que hacen los sujetos de los aspectos afectivo-conductual de la sexualidad en la vejez, por tanto,

la misma se comporta de manera bastante normal. Además, se observa niveles de dispersión moderados de los datos para dicha categoría (D.T.= 0.691; K= -.131).

Por su parte, en la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse entre 1.27 y 3.93, con un promedio moderado (Media=2.66; Md=2.66) y, al igual que en el caso anterior, niveles de asimetría casi nulos (As= -.085); lo cual indica que en las opiniones con relación a creencias de discapacidad sexual en la vejez no se evidenciaron comportamientos atípicos importantes, mientras, los estadísticos de dispersión muestran niveles de variabilidad moderados (D.T.= 0.513; K=-.297).

Por último, en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva* se presentan las puntuaciones más altas de las tres dimensiones estudiadas. Como se puede observar en la tabla 15 los resultados estuvieron entre 1.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto (Media=3.55; Md=3.62), congruentes con la presencia de asimetría negativa (As= -.437), lo cual indica que los puntajes típicos de la evaluación de la sexualidad como experiencia afectiva tienden a ser los más altos. Los estadísticos de dispersión, por su parte, muestran niveles de variabilidad moderada (D.T.= 0.594; K= .015).

Tabla 15. *Estadísticos descriptivos de las dimensiones del ACSEX-R.*

	Afectivo- Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Media	2,6737	2,6648	3,5582
Mediana	2,7222	2,6667	3,6250
Desv. típ.	,63245	,51319	,59493
Asimetría	-,042	-,085	-,437
Curtosis	-,196	-,297	,015
Mínimo	1,22	1,27	1,88
Máximo	4,56	3,93	4,75

De acuerdo con la figura 7 es posible visualizar gráficamente el comportamiento de las distribuciones, notándose que las categorías *Afectivo-Conductual* y *Prejuicios de discapacidad sexual* presentan un rango de puntuaciones con una media menor con respecto a la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, lo cual indica que los participantes (n=393) reportaron tener más actitudes más positivas en las primeras dos dimensiones y más prejuicios con respecto a la tercera. En atención a la dispersión de datos, las tres dimensiones

presentan una variabilidad moderada lo cual señala que las puntuaciones se mantuvieron en torno a su media, presentándose pequeños sesgos hacia las puntuaciones bajas de la distribución.

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el sexo.

A continuación se presenta el comportamiento de las distribuciones divididas por el sexo de los participantes (tabla 16).

Sexo masculino. La dimensión *Afectivo-Conductual*, mostró que los hombres ($n=136$) presentan puntajes entre 1.22 y 4.56, con un promedio moderado ($Media=2.65$; $Md=2.66$) y una leve asimetría positiva ($As= .173$), lo cual hace referencia a que la distribución se comporta de manera bastante normal con la presencia de pocos casos con sesgo hacia las puntuaciones altas. En atención a la dispersión de datos, se observan niveles moderados de variabilidad ($D.T.= 0.705$; $K= -.221$).

En relación con la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en puntajes entre 1.27 y 3.93, con un promedio moderado ($Media=2.60$; $Md=2.63$) y una leve asimetría negativa ($As= -.103$), indicando un pequeño sesgo hacia la izquierda; mientras, los estadísticos de dispersión muestran altos niveles de heterogeneidad en los puntajes ($D.T.= 0.567$; $K= -.412$).

La dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, mostró puntajes entre 1.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto ($Media=3.47$; $Md=3.50$) y una asimetría negativa ($As= -.501$), por tanto, se concluye que dentro de la distribución de las creencias de la sexualidad como experiencia afectiva los puntajes altos son los que se presentan de forma típica; por su parte, los estadísticos de dispersión señalan niveles de variabilidad moderada ($D.T.= 0.617$; $K=.009$).

Sexo femenino.

En la dimensión *Afectivo-Conductual*, las participantes de sexo femenino ($n=257$) presentaron puntajes entre 1.22 y 4.11, con un promedio moderado ($Media=2.68$; $Md=2.72$) y una leve asimetría negativa ($As= -.208$), indicando que la distribución presenta un pequeño

sesgo hacia la izquierda; mientras, los estadísticos de variabilidad arrojaron niveles de dispersión moderada (D.T.= 0.591; K= -.272).

En la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en valores entre 1.40 y 3.87 puntos, con un promedio moderado (Media=2.69; Md=2.66) y niveles de asimetría casi nulos (As= .010), lo cual significa que la distribución se comporta de manera bastante normal y que los puntajes extremos representan comportamientos típicos. En relación con los estadísticos de dispersión muestran niveles de heterogeneidad en sus puntajes (D.T.= 0.480; K=-.365).

La dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, mostró puntajes entre 1.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto (Media=3.72; Md=3.75), medidas bastante consistentes según muestran los niveles de asimetría (As= -.377), lo cual indica que los puntajes más altos observados en las respuestas de los sujetos no representan un comportamiento típico de la muestra. Además, los estadísticos de dispersión arrojaron niveles de variabilidad moderada en sus puntajes (D.T.= 0.578; K= -.046).

Tabla 16. *Estadísticos descriptivos según el sexo.*

Sexo		Afectivo - Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Masculino (n=136)	Media	2,6528	2,6064	3,4743
	Mediana	2,6667	2,6333	3,5000
	Desv. típ.	,70551	,56754	,61766
	Asimetría	,173	-,107	-,501
	Curtosis	-,221	-,412	,009
	Mínimo	1,22	1,27	1,88
	Máximo	4,56	3,93	4,75
Femenino (n= 257)	Media	2,6848	2,6957	3,6026
	Mediana	2,7222	2,6667	3,6250
	Desv. típ.	,59130	,48026	,57885
	Asimetría	-,208	,010	-,377
	Curtosis	-,272	-,365	-,046
	Mínimo	1,22	1,40	1,88
	Máximo	4,11	3,87	4,75

Tal como se adelantó en el apartado metodológico, luego de los análisis descriptivos y para potenciar las comparaciones de las distribuciones de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el sexo, se llevaron a cabo pruebas *t de Student* para grupos independientes, para el contraste de las diferencias de las medias, tomando en cuenta un nivel de significación de 0,05. Las distribuciones de los puntajes para *Prejuicios de discapacidad*

sexual ($F= 3.810$; $p> 0,05$) y *Sexualidad como experiencia afectiva* ($F= .477$; $p> 0,05$), no arrojaron evidencias de diferencias estadísticamente significativas en las varianzas; mientras que para la dimensión *Afectivo-Conductual* ($F= 6.368$; $p< 0,05$) se rechaza la tesis de igualdad de varianzas, lo cual indica que son distintas (ver tabla 17).

En este sentido, sólo en el caso de la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, los resultados de la prueba *t de Student* para el contraste de medias de grupos independientes y varianzas iguales sugiere que las diferencias son estadísticamente significativas ($t= -.452$; $p= .651$), para un nivel de significación del 5%, lo que permite aseverar que los prejuicios en dicha dimensión tienden a ser mayores en las mujeres que en los hombres.

Tabla 17. *Prueba T de Student para muestras independientes.*

Dimensiones	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	95% Intervalo de confianza	
1	Varianzas iguales	6,368	-,477	391	,633	-,16403	,09993
	No varianzas iguales		-,452	236,766	,651	-,17163	,10754
2	Varianzas iguales	3,810	-1,645	391	,101	-,19610	,01741
	No varianzas iguales		-1,563	238,627	,119	-,20193	,02323
3	Varianzas iguales	,477	-2,043	391	,042	-,25189	-,00483
	No varianzas iguales	,490	-2,002	260,028	,046	-,25459	-,00214

1: Afectivo-Conductual.

2: Prejuicios de discapacidad sexual.

3: Sexualidad como experiencia afectiva

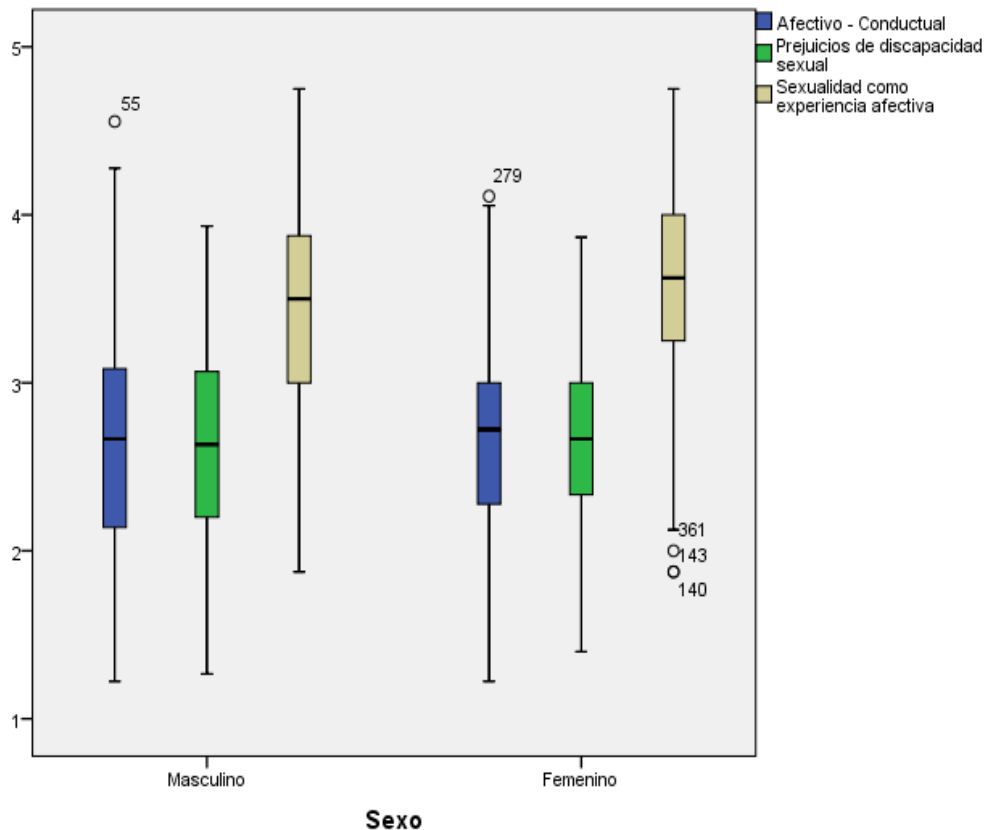


Figura 8. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según el sexo.

-Relación entre Actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad.

Los datos que se presentan en la tabla 18 evidencian las correlaciones entre las dimensiones propuestas y la edad de los participantes. Específicamente, en los casos de las dimensiones *Afectivo-Conductual* ($r = -.184$; $p = .000$) y *Prejuicios de discapacidad sexual* ($r = -.134$; $p = .008$); las cuales, muestran correlaciones bajas e inversamente proporcionales con la edad, esto quiere decir que las personas con menor edad tendieron a reportar actitudes más prejuiciosas que los participantes con mayor edad. Por otro lado, la relación entre la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva* y edad ($r = -.094$; $p = .062$) presenta una correlación casi nula, estadísticamente NO significativa, lo que quiere decir que no hay tendencia a responder positiva o negativamente dependiendo de la edad.

Tabla 18. *Estadísticos de correlación de Pearson entre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad.*

		Afectivo – Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Edad	Correlación de Pearson	-,184**	-,134**	-,094
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,062
	N	393	393	393

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 19 se observa las correlaciones de las tres dimensiones y la variable edad, dividiendo la muestra según el sexo de los participantes. Las dimensiones *Afectivo-Conductual* ($r = -.251$; $p = .003$) y *Prejuicios de discapacidad sexual* ($r = -.180$; $p = .036$) presentan correlaciones bajas e inversamente proporcionales con la edad, en personas de sexo masculino, lo que quiere decir que los hombres más jóvenes reportaron mayores actitudes negativas en las primeras dos dimensiones, en cambio los hombres con más edad reportaron actitudes más positivas. Por otro lado, la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva* ($r = -.028$; $p = .745$) presenta una correlación casi nula, lo cual señala que los hombres independientemente de su edad obtuvieron puntajes bajos o altos en los enunciados asociados a esta categoría.

Con respecto al sexo femenino, se evidencia que en las categorías *Afectivo-Conductual* ($r = -.128$; $p = .040$) y *Sexualidad como experiencia afectiva* ($r = -.110$; $p = .078$) presentan correlaciones bajas e inversamente proporcionales con la edad, estos resultados indican que las mujeres más jóvenes reportaron mayores actitudes negativas en las dos dimensiones, mientras las mujeres con más edad reportaron actitudes más positivas. Por último, la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual* ($r = -.072$; $p = .251$) muestra una correlación casi nula, lo cual señala que las mujeres independientemente de su edad reportaron actitudes positivas o negativas en esta dimensión.

Los datos planteados señalan que las mujeres jóvenes reportan mayor tendencia a responder negativamente sobre la sexualidad como experiencia afectiva, en cambio los hombres jóvenes tienden a responder más prejuiciosamente en los enunciados asociados a la discapacidad sexual del anciano, por cual se puede aseverar que el sexo es una variable moderadora para la relación entre ambas dimensiones y la edad.

Tabla 19. *Estadísticos de correlación de Pearson entre actitudes hacia la sexualidad en la vejez y la edad, mediado por el sexo.*

Sexo		Afectivo - Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Masculino	Correlación de Pearson	-,251**	-,180*	-,028
	Sig. (bilateral)	,003	,036	,745
	N	136	136	136
Femenino	Correlación de Pearson	-,128*	-,072	-,110
	Sig. (bilateral)	,040	,251	,078
	N	257	257	257

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el nivel de instrucción.

A partir de la información recolectada se dividió la muestra según el nivel de instrucción de los participantes para conocer el comportamiento de las actitudes con respecto a la variable seleccionada. Dentro del conjunto de opciones, sólo un sujeto de la muestra reportó tener el mínimo nivel de instrucción (Primaria), por tanto, para la descripción de las distribuciones no se tomó en cuenta dicha opción. A continuación se describe el comportamiento de distribuciones según su nivel académico más alto.

Bachiller.

Como se puede observar en la tabla 20, los participantes con un nivel de instrucción de Bachillerato (n=191) presentaron para la dimensión *Afectivo-Conductual* puntajes entre 1.22 y 4.56, con un promedio moderado (Media=2.76; Md=2.83) y niveles de asimetría casi nulos (As= .045), lo cual señala que los puntajes extremos no representan comportamientos típicos dentro de la distribución, por tanto, es una distribución que se comporta de manera bastante normal.

En la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse con puntajes entre 1.40 y 3.93, con un promedio moderado (Media=2.71; Md=2.66) y, al igual que en el caso anterior, niveles de asimetría casi nulos (As= -.057). Por último, en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre

1.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto (Media=3.58; Md=3.52) y niveles de asimetría negativa (As= -.483), lo cual indica que los puntajes típicos de la distribución son las puntuaciones más altas.

Los estadísticos de dispersión muestran dimensiones iguales por sus niveles de heterogeneidad; así, los puntajes de los tres factores: *Afectivo-Conductual* (D.T.= 0.608; K=.141), *Prejuicios de discapacidad sexual* (D.T.= 0.502; K=-.100) y *Sexualidad como experiencia afectiva* (D.T.= 0.578; K= .297), presentan niveles de dispersión moderada en sus puntajes (ver figura 9).

TSU.

Los participantes con un nivel de instrucción de Técnico Superior Universitario (n=21) presentaron para la dimensión *Afectivo-Conductual* puntajes entre 1.44 y 4.06, con un promedio moderado (Media=2.65; Md=2.66) y niveles de asimetría casi nulos (As= .027), mientras que los estadísticos de dispersión arrojaron niveles moderados de heterogeneidad (D.T.= 0.671; K= -.060).

Con respecto a la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, los puntajes tienden a mantenerse entre 1.80 y 3.63, con un promedio moderado (Media=2.68; Md=2.73) y una asimetría casi nula (As= -.064). Los estadísticos de dispersión muestran un grupo con altos niveles de variabilidad (D.T.= 0.536; K=-.884).

Por su parte, en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre 2.50 y 4.50, con un promedio entre moderado y alto (Media=3.44; Md=3.50) y con una leve asimetría negativa (As= -.107), lo que indica un pequeño sesgo hacia la izquierda; y los estadísticos de dispersión muestran un grupo bastante homogéneo (D.T.= 0.589; K= -1.137).

Universitario.

De acuerdo con la tabla 20, los participantes con un nivel de estudios universitarios (n=180) presentaron para la dimensión *Afectivo-Conductual* puntajes entre 1.22 y 4.11, con un promedio moderado (Media=2.57; Md=2.61) y niveles de asimetría casi nulos (As= -.074). En la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en puntajes entre 1.27 y 3.73, con un promedio moderado (Media=2.60;

Md=2.60) y leves niveles de asimetría negativa ($As = -.113$). Para ambas dimensiones los estadísticos de dispersión arrojaron altos niveles de variabilidad en sus puntajes, a saber: *Afectivo-Conductual* (D.T.= 0.642; $K = -.542$) y *Prejuicios de discapacidad sexual* (D.T.= 0.512; $K = -.445$).

En relación con la categoría *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre 2.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto (Media=3.54; Md=3.62), medidas bastante consistentes con los niveles de asimetría ($As = -.431$), lo cual indica que los puntajes típicos de las creencias de la Sexualidad como experiencia afectiva en la vejez son las puntuaciones más altas; mientras que los estadísticos de dispersión arrojaron niveles moderados de variabilidad en sus puntajes (D.T.= 0.611; $K = -.057$).

Tabla 20. *Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según su nivel de instrucción.*

Nivel de instrucción		Afectivo – Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Bachiller (n= 191)	Media	2,7621	2,7155	3,5818
	Mediana	2,8333	2,6667	3,6250
	Mínimo	1,22	1,40	1,88
	Máximo	4,56	3,93	4,75
	Desv. típ.	,60888	,50256	,57876
	Asimetría	,045	-,057	-,483
	Curtosis	,141	-,100	,297
TSU (n= 21)	Media	2,6561	2,6857	3,4464
	Mediana	2,6667	2,7333	3,5000
	Mínimo	1,44	1,80	2,50
	Máximo	4,06	3,73	4,50
	Desv. típ.	,67119	,53672	,58972
	Asimetría	,027	-,064	-,107
	Curtosis	-,060	-,884	-1,137
Universitario (n= 180)	Media	2,5793	2,6022	3,5410
	Mediana	2,6111	2,6000	3,6250
	Mínimo	1,22	1,27	1,88
	Máximo	4,11	3,73	4,75
	Desv. típ.	,64297	,51239	,61106
	Asimetría	-,074	-,137	-,431
	Curtosis	-,542	-,445	-,057

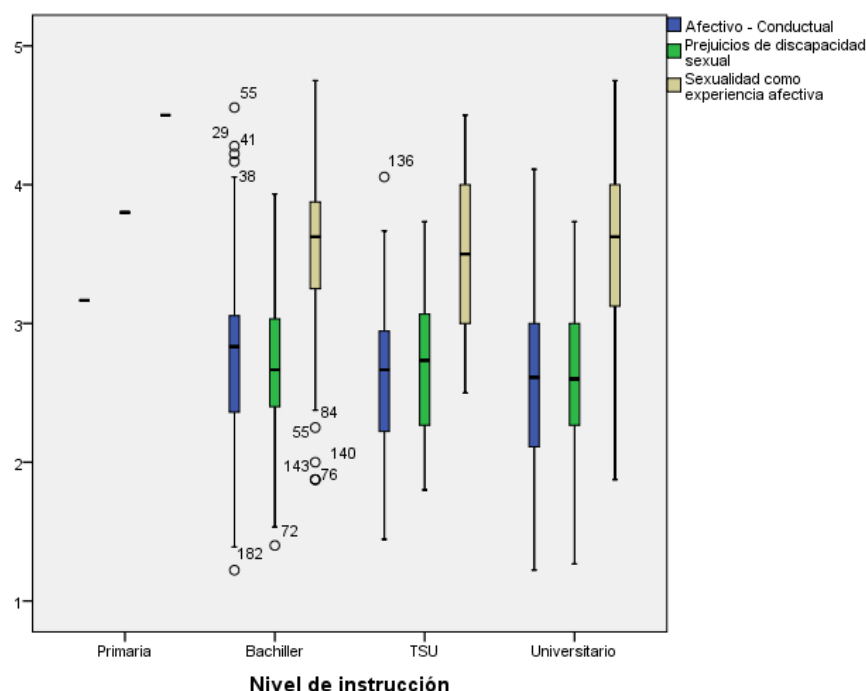


Figura 9. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según el nivel de instrucción.

Para comparar las actitudes de los participantes según el grado de instrucción se precedió a dicotomizar las puntuaciones totales de las dimensiones en función de la media para utilizar tablas de contingencias con el propósito de contrastar las proporciones de respuestas que se encontraban por debajo o por encima de la media. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

En la dimensión *Afectivo-Conductual* (ver tabla 21), el 57,6% de los participantes que señalaron tener un nivel de instrucción de bachillerato ($n=191$), puntuaron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron mayores actitudes negativas, mientras que el 42,4% de los casos presentaron actitudes más positivas. Por su parte, el 52,4% los participantes con un nivel de instrucción TSU ($n=21$) puntuaron por debajo de la media y el 47,6% por encima. Por último, el 54,4% de los participantes con un nivel de instrucción universitario ($n=180$) puntuaron menor a la media, indicando la presencia de actitudes positivas, mientras el 45,6% de los participantes muestran más prejuicios en esta dimensión.

Tabla 21. *Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Afectivo-Conductual.*

Nivel de instrucción	Afectivo-Conductual		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Primaria	0	1	1
%	0,0%	100,0%	100,0%
Bachiller	81	110	191
%	42,4%	57,6%	100,0%
TSU	11	10	21
%	52,4%	47,6%	100,0%
Universitario	98	82	180
%	54,4%	45,6%	100,0%
Total	190	203	393
%	48,3%	51,7%	100,0%

Según la tabla 22, en la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual* un 56% de los participantes que señalaron tener un nivel de instrucción de bachillerato (n=191), puntuaron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron más actitudes prejuiciosas, mientras que el 44% de los sujetos presentaron actitudes más positivas. Por su parte, 57,1% de los participantes con un nivel de instrucción TSU (n=21) valoraron por encima de la media y el 42,9% por debajo. En cambio, el 47,8% de los participantes con un nivel de instrucción universitario (n=180) puntuaron mayor a la media, lo cual significa que presentan más prejuicios, mientras el 52,2% de los participantes presentan más actitudes positivas en esta dimensión.

Tabla 22. *Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Prejuicios de discapacidad sexual.*

	Prejuicios de discapacidad sexual		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Primaria	0	1	1
%	0,0%	100,0%	100,0%
Bachiller	84	107	191
%	44,0%	56,0%	100,0%
TSU	9	12	21
%	42,9%	57,1%	100,0%
Universitario	94	86	180
%	52,2%	47,8%	100,0%
Total	187	206	393
%	47,6%	52,4%	100,0%

Para la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva* (ver tabla 23), el 53,9% de los participantes que señalaron tener un nivel de instrucción de bachillerato (n=191), puntuaron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron actitudes negativas, mientras que el 46,1% de los casos presentaron actitudes más positivas. Por su parte, el 52% de los participantes con un nivel de instrucción TSU (n=21) valoraron por debajo de la media mientras el 50,6% puntuó por encima. Por último, el 52,2% de los participantes con un nivel de instrucción universitario (n=180) obtuvieron puntuaciones mayores a la media, lo cual significa que presentan más actitudes prejuiciosas, mientras el 47,8% de los participantes presentan más actitudes positivas en esta dimensión.

Tabla 23. *Tabla de contingencia Nivel de instrucción y Sexualidad como experiencia afectiva.*

	Sexualidad como experiencia afectiva		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Primaria	0	1	1
%	0,0%	100,0%	100,0%
Bachiller	88	103	191
%	46,1%	53,9%	100,0%
TSU	11	10	21
%	52,4%	47,6%	100,0%
Universitario	89	91	180
%	49,4%	50,6%	100,0%
Total	188	205	393
%	47,8%	52,2%	100,0%

Posteriormente se realizó una recodificación de la variable Nivel de instrucción con la finalidad de obtener grupos más homogéneos entre sí. A raíz de la recodificación se eliminó al sujeto con nivel de instrucción Primaria y se unieron los grupos de TSU y Universitario, por tanto la muestra queda dividida en n=191 sujetos pertenecientes a un nivel de instrucción de secundaria y n=201 con título universitario (ver tabla 24).

Tabla 24. *Estadísticos descriptivos según el nivel de instrucción, recodificado.*

	Nivel de instrucción	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Afectivo – Conductual	Bachiller	191	2,7621	,60888	,04406
	Universitario	201	2,5873	,64467	,04547
Prejuicios de discapacidad sexual	Bachiller	191	2,7155	,50256	,03636
	Universitario	201	2,6109	,51423	,03627
Sexualidad como experiencia afectiva	Bachiller	191	3,5818	,57876	,04188
	Universitario	201	3,5311	,60812	,04289

Al igual que se hizo con la variable sexo, luego de los análisis descriptivos y para potenciar las comparaciones de las distribuciones de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el nivel de instrucción, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para grupos independientes, para el contraste de las diferencias de las medias entre las respuestas de los bachilleres y los universitarios, tomando en cuenta un nivel de significación de 0,05. En la tabla 25, se evidencian los resultados de la prueba *T de Student*. En este sentido, las distribuciones de los puntajes para las tres dimensiones: *Afectivo-Conductual* ($F= 1,77$; $p> 0,05$), *Prejuicios de discapacidad sexual* ($F= .336$; $p> 0,05$) y *Sexualidad como experiencia afectiva* ($F= 6.368$; $p> 0,05$), no arrojaron evidencias de diferencias estadísticamente significativas en las varianzas.

A partir de lo anterior, se utiliza la información de la fila encabezada *varianzas iguales*, donde los estadísticos *t* y su nivel crítico bilateral para las primeras dos dimensiones permiten rechazar la hipótesis de igualdad de medias y, consecuentemente, concluir que las medias de los prejuicios con respecto a las creencias en materia Afectivo-Conductual y Prejuicios de discapacidad sexual, según el nivel de instrucción, no son iguales.

Tabla 25. *Prueba T de Student para muestras independientes.*

Dimensiones		Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias				
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	95% Intervalo de confianza Inferior	Superior
1	Varianzas iguales	1,779	,183	2,756	390	,006	,05007	,29939
2	Varianzas iguales	,336	,562	2,035	390	,043	,00355	,20563
3	Varianzas iguales	,852	,357	,845	390	,399	-,06730	,16872

1: *Afectivo-Conductual.*

2: *Prejuicios de discapacidad sexual.*

3: *Sexualidad como experiencia afectiva*

Por su parte, la dimensión Sexualidad como experiencia afectiva NO arrojó diferencias estadísticamente significativas ($t = .845$ y $p = .399$); lo cual, permite aseverar que las medias de las actitudes en dicha dimensión tienden a ser iguales, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes de los bachilleres y universitarios al referirse a la sexualidad como experiencia afectiva.

Los resultados evidencian, entonces, que los sujetos con estudios de bachillerato poseen mayor tendencia a responder prejuiciosamente en las dimensiones *Afectivo-Conductual* y *Prejuicios de discapacidad sexual*, con menor porcentaje en la categoría *Sexualidad como experiencia afectiva*; mientras, los sujetos con estudios superiores presentan mayor tendencia a responder positivamente en las tres dimensiones.

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el área de conocimiento.

A partir de la información recolectada se segmentaron los datos según el área de conocimiento de los participantes para conocer su relación con las actitudes respecto a la sexualidad en la vejez. No obstante, dentro del conjunto de áreas de conocimiento dispuestas en el cuestionario, los sujetos podían seleccionar más de una opción, de ahí que se describa el comportamiento de distribuciones para variables de respuestas múltiple y con base en la dicotomización llevada a cabo para el nivel de instrucción se hizo el análisis con el uso de tablas de contingencias, comparando a los grupos según la proporción de respuestas que se encuentren por encima o por debajo de la media. Para potenciar la comparación de las

distribuciones, según el área de conocimiento, se llevaron a cabo pruebas *Chi-cuadrado*, para la bondad de ajuste con variables categóricas.

Afectivo-Conductual.

Como se puede observar en la tabla 26, para la dimensión *Afectivo-Conductual*, el 62,8% de los participantes que señalaron tener conocimientos en las áreas de Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías (n=78), valoraron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron mayores actitudes negativas, mientras que el 37,2% de los casos presentaron actitudes más positivas. Por su parte, el 53,3% de los participantes con conocimientos en Ciencias Económicas y Sociales (n=60) mostraron actitudes positivas, mientras que el 46,7% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 60,3% de los sujetos con conocimientos en Ciencias de la Salud (n=73), puntuaron mayor a la media lo cual significa que presentan más prejuicios que el 39,7% de los casos restantes. Con respecto a los participantes con conocimientos en el área de Humanidades y Educación (n=176), el 53,4% valoraron los enunciados de la dimensión más positivamente y el 46,6% de forma más prejuiciosa.

Los participantes pertenecientes a las ciencias jurídicas y políticas (n=11) expresaron mayores actitudes positivas (72,7%), mientras el 27,3% valoraron más prejuiciosamente esta dimensión. El 72,7% de los casos que señalaron pertenecer a las Artes gráficas, Publicidad y Medios digitales puntuaron más positivamente con respecto al resto; por último, 58,3% de personas que dentro del conjunto de opciones señalaron Otros (n=12), presentaron puntuaciones por encima de la media mientras que el 41,7% mostraron actitudes más positivas.

Tabla 26. *Tabla de contingencia Área de conocimiento y Afectivo-Conductual.*

	Afectivo-Conductual		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Arquitectura, Ingenierías y tecnologías	29	49	78
%	37,2%	62,8%	
Ciencias Económicas y Sociales	32	28	60
%	53,3%	46,7%	
Ciencias de la Salud	29	44	73
%	39,7%	60,3%	
Humanidades y Educación	94	82	176
%	53,4%	46,6%	
Ciencias Jurídicas y Políticas	8	3	11
%	72,7%	27,3%	
Artes gráficas, publicidad y medios digitales	16	6	22
%	72,7%	27,3%	
Otros	5	7	12
%	41,7%	58,3%	
Total	213	219	432

Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Prejuicios de discapacidad sexual.

Como se puede observar en la tabla 27, el 56,4% de los participantes que señalaron tener conocimientos en las áreas de Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías (n=78), valoraron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron más prejuicios, mientras que el 43,6% de los casos presentaron actitudes más positivas. En cambio, el 48,3% de los participantes con conocimientos en ciencias económicas y sociales (n=60) mostraron actitudes positivas, mientras que el 51,7% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 56,2% de los sujetos con conocimientos en Ciencias de la Salud (n=73) puntuaron mayor a la media, lo cual significa que presentan más prejuicios que el 43,8% de casos restantes. Con respecto a los participantes con conocimientos en el área de Humanidades y Educación (n=176), el 51,1% valoraron los enunciados de la dimensión más positivamente y el 48,9% de forma más prejuiciosa.

Por su parte, el 63,6% de los participantes pertenecientes a las Ciencias Jurídicas y Políticas (n=11) expresaron mayores actitudes positivas mientras el 36,4% valoraron más prejuiciosamente esta dimensión. El 54,5% de los casos que señalaron pertenecer a las Artes gráficas, Publicidad y Medios digitales puntuaron más positivamente con respecto al resto. Por último, 58,3% de personas que dentro del conjunto de opciones señalaron Otros (n=12),

presentaron puntuaciones más positivas mientras que el 41,7% mostraron actitudes más prejuiciosas.

Tabla 27. *Tabla de contingencia Área de conocimiento y Prejuicios de discapacidad sexual.*

Área de conocimiento	Prejuicios de discapacidad sexual		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Arquitectura, Ingenierías y tecnologías	34	44	78
%	43,6%	56,4%	
Ciencias Económicas y Sociales	29	31	60
%	48,3%	51,7%	
Ciencias de la Salud	32	41	73
%	43,8%	56,2%	
Humanidades y Educación	90	86	176
%	51,1%	48,9%	
Ciencias Jurídicas y Políticas	4	7	11
%	36,4%	63,6%	
Artes gráficas, publicidad y medios digitales	10	12	22
%	45,5%	54,5%	
Otros	7	5	12
%	58,3%	41,7%	
Total	206	226	432

Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Sexualidad como experiencia afectiva.

De acuerdo con la tabla 28, el 56,4% de los participantes que señalaron tener conocimientos en las áreas de Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías (n=78), valoraron por debajo de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron más actitudes positivas, mientras que el 43,6% de los casos presentaron actitudes más actitudes prejuiciosas. En cambio, el 58,3% de los participantes con conocimientos en Ciencias Económicas y Sociales (n=60) mostraron actitudes positivas, mientras que el 41,7% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 63,64% de los sujetos con conocimientos en Ciencias de la Salud (n=140) puntuaron mayor a la media, lo cual significa que presentan más prejuicios que el 36,4% de casos restantes. Con respecto a los participantes con conocimientos en el área de Humanidades y Educación (n=176), el 51,7% valoraron los enunciados de la dimensión más positivamente y el 48,3% de forma más prejuiciosa.

Por su parte, el 54,5% de los participantes pertenecientes a las Ciencias Jurídicas y Políticas (n=11) expresaron mayores actitudes prejuiciosas mientras el 45,5% valoraron más

positivamente esta dimensión. Por último, el 54,5% de los casos que señalaron pertenecer a las Artes gráficas, Publicidad y Medios digitales puntuaron más positivamente con respecto al resto; mientras, el 66,7% de personas que dentro del conjunto de opciones señalaron Otros (n=12), presentaron puntuaciones más positivas mientras que el 33,3% mostraron actitudes más prejuiciosas.

Tabla 28. *Tabla de contingencia Área de conocimiento y Sexualidad como experiencia afectiva.*

	Sexualidad como experiencia afectiva		Total
	Por debajo de la media	Por encima de la media	
Arquitectura, Ingenierías y tecnologías %	44 56,4%	34 43,6%	78
Ciencias Económicas y Sociales %	25 41,7%	35 58,3%	60
Ciencias de la Salud %	26 35,6%	47 64,4%	73
Humanidades y Educación %	85 48,3%	91 51,7%	176
Ciencias Jurídicas y Políticas %	5 45,5%	6 54,5%	11
Artes gráficas, publicidad y medios digitales %	12 54,5%	10 45,5%	22
Otros %	8 66,7%	4 33,3%	12
Total	205	227	432

Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Los resultados presentados permiten identificar que los sujetos con conocimientos en Ciencias de la Salud son aquellos que presentan mayor tendencia a responder prejuiciosamente en las tres dimensiones de la escala. Por otra parte, no se presentan diferencias en aquellas personas con conocimientos en Humanidades y Educación, lo cual indica que si posees estudios en esa área puedes o no presentar prejuicios hacia la sexualidad en la vejez, en sus tres dimensiones.

Aquellas personas que reportaron poseer conocimientos en las áreas Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías suelen presentar más actitudes prejuiciosas en las dos primeras dimensiones mientras que presentan respuestas más positivas en la tercera: *Afectivo-Conductual*, *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*, respectivamente.

En cuanto a las personas que reportaron tener conocimientos en Artes gráficas, Publicidad y Medios digitales presentaron más actitudes positivas en sus respuestas, mientras que los sujetos pertenecientes a las Ciencias Económicas y Sociales tienden a no presentar diferencias en las dos primeras dimensiones y actitudes prejuiciosas en la última. Para finalizar, aquellos que reportaron pertenecer a las Ciencias Jurídicas y Políticas reportan tendencia a responder positivamente en la dimensión *Afectivo-Conductual*, prejuiciosamente en la categoría *Prejuicios de discapacidad sexual* y no presentar diferencias en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*.

Tabla 29. *Estadístico Chi-cuadrado.*

Dimensiones	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Afectivo-Conductual	16,367	6	.011
Prejuicios de discapacidad sexual	2,963	6	.813
Sexualidad como experiencia afectiva	9,705	6	.137

Sin embargo, de acuerdo con la tabla 29, el estadístico *Chi-cuadrado* arrojó que, en términos generales dentro de la dimensión *Afectivo-Conductual*, existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los participantes según el área de conocimiento, lo cual quiere decir que se presentan sesgos importantes en las respuestas dadas por los participantes pertenecientes a las áreas de Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías y Ciencias de la Salud, siendo éstas respuestas mucho más prejuiciosas que en el resto de los participantes. En cambio, para las dimensiones restantes no se evidencian diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los grupos según el área de conocimiento.

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según la frecuencia de interacción.

En este apartado se exponen los estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez de los participantes según la frecuencia de interacción que poseen con personas adultas mayores, a saber: *Baja, Moderada, Alta*. Luego, se compararán los grupos según la proporción de respuestas que se encuentren por encima o por debajo de la media, en cada una de las dimensiones de la variable; por último, y con la intención de potenciar la comparación de las distribuciones, se llevó a cabo el análisis de varianza (ANOVA) de un factor.

Frecuencia de interacción baja.

Como se puede observar en la tabla 30, los participantes con una frecuencia de interacción baja ($n=122$), en la dimensión *Afectivo-Conductual* presentan puntajes entre 1.44 y 4.56, con un promedio moderado ($Media=2.82$; $Md=2.86$) y niveles de asimetría positiva casi nulos ($As= .034$). En la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en puntajes entre 1.40 y 3.93, con un promedio moderado ($Media=2.75$; $Md=2.73$) y una asimetría negativa casi nula ($As= -.030$), lo cual indica que en ambos casos las distribuciones se comportan de forma bastante simétrica.

En la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre 1.88 y 4.75 , con un promedio entre moderado y alto ($Media=3.53$; $Md=3.62$), medidas bastante consistentes según muestran los niveles de asimetría negativa ($As= -.526$), lo cual Los estadísticos de dispersión muestran distribuciones, para los tres casos, con una variabilidad de los puntajes moderada, a saber: *Afectivo-Conductual* ($D.T.= 0.625$; $K= .052$), *Prejuicios de discapacidad sexual* ($D.T.= 0.477$; $K= .282$) y *Sexualidad como experiencia afectiva* ($D.T.= 0.673$; $K= -.078$).

Frecuencia de interacción moderada.

Los participantes con una frecuencia de interacción moderada ($n=128$), en la dimensión *Afectivo-Conductual*, presentan puntajes entre 1.28 y 4.11 , con un promedio moderado ($Media=2.68$; $Md=2.77$) y una leve asimetría negativa ($As= -.117$), lo que señala un pequeño sesgo hacia la izquierda. En la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en puntajes entre 1.60 y 3.87 , con un promedio moderado ($Media=2.76$; $Md=2.66$) y niveles de asimetría nulos ($As= -.055$), lo que indica que la distribución se comporta de manera bastante simétrica.

De acuerdo con la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre 2.22 y 4.63 , con un promedio entre moderado y alto ($Media=3.55$; $Md=3.62$), medidas bastante consistentes según muestran los niveles de asimetría negativa ($As= -.394$), lo cual indica que los puntajes típicos de la distribución son las puntuaciones más altas. Por su parte, las tres dimensiones muestran niveles moderados de dispersión en sus puntajes, a saber: *Afectivo-Conductual* ($D.T.= 0.599$; $K= -.174$), *Prejuicios de discapacidad sexual* ($D.T.= 0.473$; $K= -.078$) y *Sexualidad como experiencia afectiva* ($D.T.= 0.524$; $K= -.337$).

Frecuencia de interacción alta.

Los participantes con una alta frecuencia de interacción ($n=143$) presentan para la dimensión *Afectivo-Conductual* puntajes entre 1.22 y 4.17, con un promedio moderado ($Media=2.52$; $Md=2.61$) y niveles de asimetría casi nulos ($As= -.018$). De acuerdo con la dimensión *Prejuicios de discapacidad sexual*, las puntuaciones tienden a mantenerse en puntajes entre 1.27 y 3.80 puntos, con un promedio moderado ($Media=2.52$; $Md=2.53$) y niveles de asimetría casi nulos ($As= .056$). Ambas categorías presentan alta variabilidad en sus puntajes (ver figura 10): *Afectivo-Conductual* ($D.T.= 0.638$; $K= -.452$) y *Prejuicios de discapacidad sexual* ($D.T.= 0.548$; $K= -.484$).

En la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*, se presentan puntajes entre 1.88 y 4.75, con un promedio entre moderado y alto ($Media=3.57$; $Md=3.62$), medidas bastante consistentes según muestran los niveles de asimetría negativa ($As= -.310$); mientras, los estadísticos de dispersión muestran variabilidad moderada en los puntajes ($D.T.= 0.586$; $K= .011$).

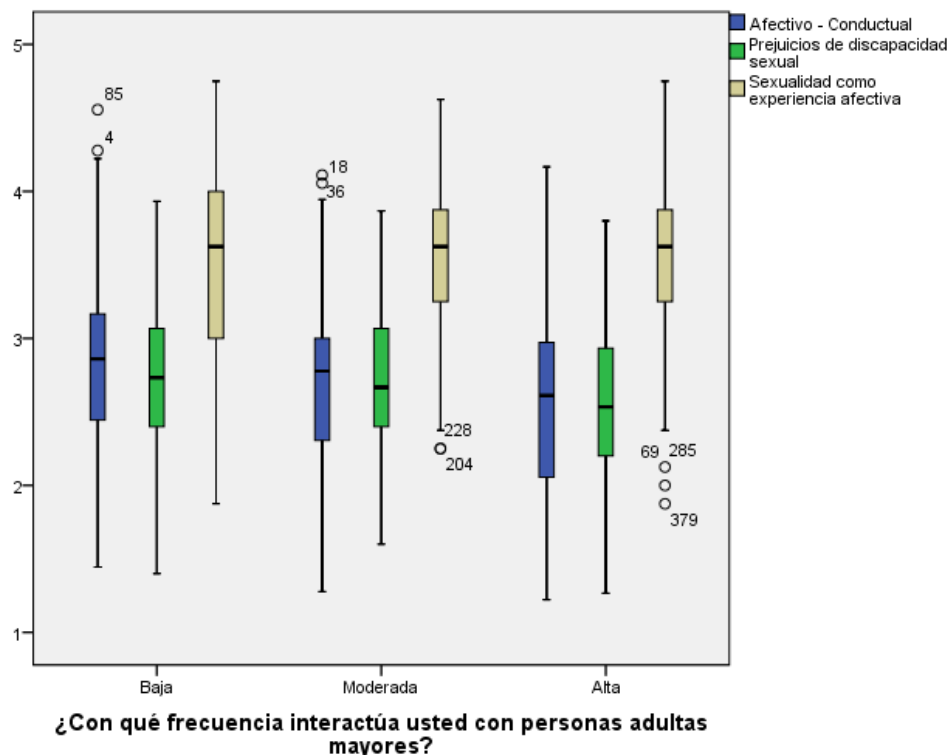


Figura 10. Gráfico de cajas y bigotes para las dimensiones del ACSEX-R según la frecuencia de interacción.

Tabla 30. *Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez según su frecuencia de interacción.*

Frecuencia de interacción		Afectivo-Conductual	Prejuicios de discapacidad sexual	Sexualidad como experiencia afectiva
Baja (n= 122)	Media	2,8292	2,7568	3,5359
	Mediana	2,8611	2,7333	3,6250
	Desv. típ.	,62509	,47798	,67372
	Asimetría	,034	-,030	-,526
	Curtosis	,052	-,282	-,078
	Mínimo	1,44	1,40	1,88
	Máximo	4,56	3,93	4,75
Moderada (n= 128)	Media	2,6884	2,7333	3,5586
	Mediana	2,7778	2,6667	3,6250
	Desv. típ.	,59909	,47355	,52401
	Asimetría	-,117	-,055	-,394
	Curtosis	-,174	-,078	-,337
	Mínimo	1,28	1,60	2,25
	Máximo	4,11	3,87	4,63
Alta (n=143)	Media	2,5280	2,5249	3,5769
	Mediana	2,6111	2,5333	3,6250
	Desv. típ.	,63865	,54826	,58648
	Asimetría	-,018	,056	-,310
	Curtosis	-,452	-,484	,011
	Mínimo	1,22	1,27	1,88
	Máximo	4,17	3,80	4,75

Para comparar las actitudes de los participantes según la frecuencia de interacción se precedió a utilizar tablas de contingencias para conocer las proporciones de respuestas que se encontraban por debajo o por encima de la media. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Afectivo-Conductual.

Según la tabla 31, para la dimensión *Afectivo-Conductual*, el 60,7% de los participantes que señalaron tener una frecuencia baja de interacción (n=122), puntuaron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron mayores actitudes negativas, mientras que el 39,3% de los casos presentaron actitudes más positivas. Por su parte, el 52,3% de los participantes con una interacción moderada (n=128) mostraron actitudes prejuiciosas y el 46,2% de los casos respondieron de forma más positiva.

Por otro lado, el 56,6% de los sujetos con una frecuencia alta (n=143), obtuvieron puntajes menores a la media lo cual significa que presentan más actitudes positivas que el 43,4% de casos restantes, los cuales contestaron de forma más prejuiciosa.

Tabla 31. *Tabla de contingencia: Frecuencia de interacción y Afectivo-conductual.*

		Afectivo-conductual		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Baja	Recuento	48	74	122
	%	39,3%	60,7%	100,0%
Moderada	Recuento	61	67	128
	%	47,7%	52,3%	100,0%
Alta	Recuento	81	62	143
	%	56,6%	43,4%	100,0%
Total	Recuento	190	203	393
	%	48,3%	51,7%	100,0%

Prejuicios de discapacidad sexual. De acuerdo con la tabla 32, el 57,4% de los participantes que señalaron tener una frecuencia de interacción baja (n=122), valoraron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron más prejuicios, mientras que el 42,6% de los casos presentaron actitudes más positivas. En cambio, el 57,8% de los participantes con una interacción moderada (n=119) mostraron actitudes positivas y el 42,2% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por su parte, el 56,6% de los participantes que poseen una alta frecuencia de interacción (n=143) expresaron mayores actitudes positivas mientras el 43,4% valoraron más prejuiciosamente esta dimensión.

Tabla 32. *Tabla de contingencia: Frecuencia de interacción y Prejuicios de discapacidad sexual*

		Prejuicios de discapacidad sexual		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Baja	Recuento	52	70	122
	%	42,6%	57,4%	100,0%
Moderada	Recuento	54	74	128
	%	42,2%	57,8%	100,0%
Alta	Recuento	81	62	143
	%	56,6%	43,4%	100,0%
Total	Recuento	187	206	393
	%	47,6%	52,4%	100,0%

Sexualidad como experiencia afectiva. Con base a la tabla 33, el 50,8% de los participantes que señalaron tener una frecuencia de interacción baja ($n=122$), valoraron por encima de la media lo cual señala que en dicha dimensión expresaron más prejuicios mientras el 49,2% de los casos presentaron actitudes más positivas. Por otro lado, el 53,9% de los participantes con una interacción moderada ($n=119$) expresaron mayores actitudes prejuiciosas mientras el 46,1% respondieron más positivamente.

Por su parte, el 51,7% de los participantes que poseen una alta frecuencia de interacción ($n=143$) presentaron puntuaciones más prejuiciosas mientras que el 47,8% mostraron actitudes más positivas.

Tabla 33. *Tabla de contingencia: Frecuencia de interacción y Sexualidad como experiencia afectiva.*

		Sexualidad como experiencia afectiva		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Baja	Recuento	60	62	122
	%	49,2%	50,8%	100,0%
Moderada	Recuento	59	69	128
	%	46,1%	53,9%	100,0%
Alta	Recuento	69	74	143
	%	48,3%	51,7%	100,0%
Total	Recuento	188	205	393
	%	47,8%	52,2%	100,0%

Para potenciar las comparaciones anteriormente expuestas se procedió a la utilización un análisis de varianza de un factor (ver tabla 34), en dicho análisis se evidencia que las medias de las dimensiones *Afectivo-Conductual* ($F= 7,780$; $p< 0,05$) y *Prejuicios de discapacidad sexual* ($F= 8,746$; $p< 0,05$) presentan diferencias estadísticamente significativas, lo cual sugiere que se presentan mayores prejuicios en aquellas personas que tienen una frecuencia de interacción entre baja y moderada.

Por su parte, la categoría *Sexualidad como experiencia afectiva* ($F= .156$; $p> 0,05$) arrojó un valor del nivel crítico mayor a 0,05, lo cual indica que las medias no son estadísticamente significativas y permite concluir que las distribuciones definidas según la frecuencia de interacción posee la misma media.

Los resultados obtenidos permiten identificar que aquellas personas que tienen una frecuencia de interacción baja presentan mayor tendencia a responder prejuiciosamente en las

tres dimensiones de la escala. Con respecto a las personas que tienen una frecuencia de interacción moderada no se presentan diferencias en las dimensiones *Afectivo-Conductual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*, lo cual indica que si tienes una frecuencia de interacción moderada puedes o no presentar prejuicios hacia la sexualidad en la vejez, en estas dimensiones; mientras que presenta una mayor tendencia a poseer actitudes negativas en la categoría *Prejuicios de discapacidad sexual*.

Ahora bien, aquellas personas que tienen una frecuencia de interacción alta presentan más actitudes positivas en las dimensiones *Afectivo-Conductual* y *Prejuicios de discapacidad sexual*, y no se presentan diferencias en la dimensión *Sexualidad como experiencia afectiva*.

Tabla 34. *Tabla resumen del procedimiento ANOVA de un factor.*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Afectivo – Conductual	Inter-grupos	6,016	2	3,008	7,780	,000
	Intra-grupos	150,779	390	,387		
	Total	156,795	392			
Prejuicios de discapacidad sexual	Inter-grupos	4,432	2	2,216	8,746	,000
	Intra-grupos	98,807	390	,253		
	Total	103,239	392			
Sexualidad como experiencia afectiva	Inter-grupos	,111	2	,056	,156	,855
	Intra-grupos	138,636	390	,355		
	Total	138,747	392			

-Actitudes hacia la sexualidad en la vejez según el tipo de contacto.

Para el análisis de las variables según el tipo de contacto se procedió describir el comportamiento de las distribuciones a través de tablas de contingencias, comparando a los grupos según la proporción de respuestas que se encuentren por encima o por debajo de la media, dado que dentro del conjunto de opciones los sujetos podían seleccionar respuestas múltiples. De igual manera, se procedió a la utilización de pruebas Chi-cuadrado, para la bondad de ajuste con variables categóricas.

Afectivo-Conductual.

De acuerdo con la tabla 35, el 51% de los participantes que señalaron tener contacto familiar con adultos mayores (n=314), puntuaron por encima de la media expresando más

prejuicios que el 49% de los casos, los cuales presentaron actitudes más positivas. En relación con los participantes con tipo de contacto laboral (n=124), el 52,4% mostraron actitudes positivas, mientras que el 47,6% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 51,9% de los sujetos con relación académica con adultos mayores (n=124), puntuaron por debajo de la media lo cual significa que presentan más actitudes positivas que el 48,1% de casos restantes.

Con respecto a los participantes con tipo de contacto de amistad (n=8), no hubo diferencias entre respuestas por encima o por debajo de la media. Asimismo, el 75% de los participantes que indicaron no tener ningún tipo de contacto con adultos mayores (n=8) expresaron mayores actitudes positivas mientras el 25% valoraron más prejuiciosamente esta dimensión.

Tabla 35. *Tabla de contingencia: Tipo de contacto y Afectivo-Conductual.*

		Afectivo-Conductual		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Familiar	Recuento	154	160	314
	%	49,0%	51,0%	
Laboral	Recuento	65	59	124
	%	52,4%	47,6%	
Académico	Recuento	56	52	108
	%	51,9%	48,1%	
Amistad	Recuento	4	4	8
	%	50,0%	50,0%	
Ninguna de los anteriores	Recuento	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	
Total	Recuento	285	277	562

Los porcentajes y los totales se basan en las respuestas.

Prejuicios de discapacidad sexual. En relación con expuesto en la tabla 36, el 51,9% de los participantes que señalaron tener contacto familiar con adultos mayores (n=314), puntuaron por encima de la media lo cual indica actitudes prejuiciosas, mientras el 48,1% de los casos presentaron actitudes más positivas. En relación con los participantes con tipo de contacto laboral (n=124), el 55,6% mostraron actitudes positivas, mientras que el 44,4% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 53,7% de los sujetos con relación académica con adultos mayores (n=124), puntuaron por debajo de la media lo cual significa que presentan más actitudes

positivas que el 46,3% de casos restantes que presentaron actitudes prejuiciosas en dicha dimensión. Con respecto a los participantes con tipo de contacto de amistad (n=8), el 62,5% respondió de forma positiva y el 37,5% de forma prejuiciosa. Asimismo, el 75% de los participantes que indicaron no tener ningún tipo de contacto con adultos mayores (n=8) expresaron mayores actitudes positivas mientras el 25% valoraron más prejuiciosamente los enunciados de esta dimensión.

Tabla 36. *Tabla de contingencia: Tipo de contacto y Prejuicios de discapacidad sexual*

		Prejuicios de discapacidad sexual		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Familiar	Recuento	151	163	314
	%	48,1%	51,9%	
Laboral	Recuento	69	55	124
	%	55,6%	44,4%	
Académico	Recuento	58	50	108
	%	53,7%	46,3%	
Amistad	Recuento	5	3	8
	%	62,5%	37,5%	
Ninguna de los anteriores	Recuento	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	
Total	Recuento	187	206	393

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

Sexualidad como experiencia afectiva. En la tabla 37, se evidencia que el 54,5% de los participantes que señalaron tener contacto familiar con adultos mayores (n=314), puntuaron por encima de la media lo cual indica actitudes prejuiciosas, mientras el 45,5% de los casos presentaron actitudes más positivas. En relación con los participantes con tipo de contacto laboral (n=124), el 54% mostraron actitudes positivas, mientras que el 46% de los casos respondieron de forma prejuiciosa.

Por otro lado, el 56,5% de los sujetos con relación académica con adultos mayores (n=124) obtuvieron puntajes menores a la media, lo cual significa que presentan más actitudes positivas que el 43,5% de casos restantes que presentaron actitudes prejuiciosas en dicha dimensión. Con respecto a los participantes con tipo de contacto de amistad (n=8), no hubo diferencias entre respuestas por encima o por debajo de la media. Asimismo, el 62,5% de los participantes que indicaron no tener ningún tipo de contacto con adultos mayores

(n=8) expresaron mayores actitudes positivas mientras el 37,5% valoraron más prejuiciosamente los enunciados de esta dimensión.

Tabla 37. *Tabla de contingencia: Tipo de contacto y Sexualidad como experiencia afectiva.*

		Sexualidad como experiencia afectiva		Total
		Por debajo de la media	Por encima de la media	
Familiar	Recuento	143	171	314
	%	45,5%	54,5%	
Laboral	Recuento	67	57	124
	%	54,0%	46,0%	
Académico	Recuento	47	61	108
	%	43,5%	56,5%	
Amistad	Recuento	4	4	8
	%	50,0%	50,0%	
Ninguna de los anteriores	Recuento	5	3	8
	%	62,5%	37,5%	
Total	Recuento	188	205	393

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

En relación con la tabla 38, los estadísticos *Chi-cuadrado* arrojaron que, en términos generales, en las tres dimensiones de la escala no existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los participantes según el tipo de relación, por consiguiente, una persona que sea o no prejuiciosa en cualquiera de las categorías puede o no tener relación familiar, laboral, académico y/o de amistad, con personas adultas mayores. Sin embargo, se puede identificar que aquellas personas que tienen relación laboral y/o no tienen contacto con personas adultas mayores, presentan mayor tendencia a responder positivamente en las tres dimensiones de la escala.

Tabla 38. *Estadístico Chi-cuadrado.*

Dimensiones	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Afectivo-Conductual	2,440	4	.875
Prejuicios de discapacidad sexual	4,680	4	.585
Sexualidad como experiencia afectiva	4,028	4	.137

VII. DISCUSIÓN

En los últimos años, en Latinoamérica y España, se ha incrementado el estudio de las representaciones sociales que las personas poseen sobre la sexualidad y la vejez, pues de una u otra forma estos imaginarios están determinando la forma de actuar, pensar y percibir a un grupo y, la manera en que ese grupo se integra y valora a través de estos referentes (Arnold-Cathalifaud y cols., 2007).

Considerando que ha quedado demostrado, en diversas investigaciones (Jensen y Vogel, 2007; Arnold-Cathalifaud y cols., 2007; Freixas y Luque, 2009; Nussbaum y cols., 2011; Alpízar y cols., 2012; García, 2005; Cerquera, y cols., 2010; López y Olazábal, 1998; Palmore, 1999; Urquiza y cols., 2007; Wong, Álvarez, Domínguez, Santos y González, 2010), que las sociedades elaboran un conjunto de imágenes negativas y éstas traen consigo una cantidad elevada de prejuicios y actitudes erradas por parte de la población hacia el tema, en el desarrollo del análisis para la presente investigación, se planteó la necesidad de conocer cuáles son las actitudes que tienen los adultos jóvenes hacia la sexualidad en la vejez, específicamente en la población venezolana, con el objetivo de aproximarse a los referentes sociales que son empleados en la sociedad actual.

Para dar respuesta a esta interrogante y exponer de manera adecuada los resultados obtenidos, en primer lugar se toma en cuenta la estructura del ACSEX-R. De acuerdo con la validez de constructo de la escala, los datos arrojaron que la variable a estudiar se divide en tres factores diferenciados. El primer factor agrupó los enunciados que hacían referencia a opiniones concernientes a la posible actuación frente a la sexualidad del adulto mayor y sentimientos asociados; mientras que el segundo y tercer factor agrupan los enunciados relacionados a los conocimientos, pensamientos y creencias que se tiene sobre el fenómeno, separándose en dos creencias diferenciadas. Por un lado, se trata de creencias asociadas a la discapacidad sexual de las personas adultas mayores y, por el otro, creencias asociadas a la experiencia afectiva de la sexualidad.

Los resultados hacen referencia a lo estudiado por diferentes autores sobre las actitudes (Rodríguez, 1991; Morales, 2007; Salazar, 1994 c.p. Molina, 2013), donde señalan que las mismas poseen alto grado de componentes afectivos, pues los elementos emocionales son los encargados de orientar a la persona al acercamiento o distanciamiento del objeto

evaluado, teniendo como resultado que, dentro del fenómeno sexualidad en la vejez, tanto las dimensiones conductual y cognitivo poseen una gran carga de afectividad.

En el caso de los ítems pertenecientes a la dimensión cognitiva, se dividen en dos factores diferentes, sin embargo, ambos explican dos tipos de creencias y opiniones sobre la misma variable de estudio. Se presentan los reactivos que hacen referencia a los prejuicios existentes sobre la capacidad a nivel sexual de personas longevas por el simple hecho de ser anciano (viejismo), donde se les atribuye adjetivos tales como el de fealdad y fragilidad, asociados a limitaciones y/o discapacidades físicas para tener una vida sexual activa tal como lo realizan los jóvenes; simultáneamente, los ítems pertenecientes al tercer factor muestran las opiniones sobre toda relación íntima en la vejez, la cual está condicionada al amor y comprensión entre los miembros y no a conductas meramente carnales.

De acuerdo con los resultados arrojados por el ACSEX-R se tiene que en cuanto a diferencias de género, no se encontraron diferencias significativas para las dimensiones de corte más cognitivos: *Prejuicios de discapacidad sexual* y *Sexualidad como experiencia afectiva*; en cambio, para la dimensión actitudinal *Afectivo-Conductual* las mujeres presentaron mayor tendencia a responder de forma prejuiciosa en los enunciados de dicha categoría. Estos datos indican que las mujeres suelen valorar más negativamente la idea de sentir y/o accionar frente a situaciones relacionadas a las diferentes actividades del anciano a nivel sexual.

Los resultados contrastan con los encontrados con Urquiza y cols. (2007), demostrando, en su estudio, que los jóvenes tienden a ser prejuiciosos al referirse a la sexualidad, indistintamente del sexo. No obstante, en la investigación de Cerquera y cols. (2013), se encontró que las mujeres más jóvenes sobrepasaron el porcentaje de hombres que presentó prejuicios frente a la afirmación “las mujeres mayores tienen menos interés por el sexo”. Las actitudes negativas encontradas se pueden explicar gracias a los estereotipos sociales que envuelven la sexualidad en las mujeres, dado que ellas tienen menor libertad de experimentar una vida sexual activa con respecto a los hombres, pues influyen las creencias sobre las conductas que se debe adoptar socialmente, vinculadas al matrimonio.

Por otra parte, se encontraron asociaciones entre la edad de los participantes y prejuicios. Dentro del rango seleccionado (20 a 40 años de edad), las personas que tenían menor edad tendieron a reportar actitudes más prejuiciosas que los participantes con mayor

edad en las dimensiones relacionadas a la discapacidad sexual del anciano y a los componentes afectivos y conductuales de la variable, lo cual se relaciona con diversas investigaciones (Urquiza y cols., 2007; Jensen y Vogel, 2007; Arnold-Cathalifaud y cols., 2007). En ellas se encontró que los participantes más jóvenes evalúan al anciano como personas dependientes, frágiles, enfermizas y conservadoras, asociando dichos adjetivos con la falta de vitalidad física para ejercer una sexualidad adecuada, catalogándolos como inactivos sexuales. En cambio, en las creencias de la sexualidad como experiencia afectiva, no se evidenció relación con la edad, por tanto se concluye que no hay una clara tendencia entre las valoraciones de los sujetos y su edad, en dicha dimensión.

A pesar de los resultados obtenidos, al comparar la relación actitudes-edad según el sexo de los participantes, los datos arrojados señalan que las mujeres más jóvenes reportan mayor tendencia a valorar negativamente la sexualidad como una experiencia afectiva y, por el contrario, los hombres jóvenes tienden a responder más prejuiciosamente en los enunciados asociados a la discapacidad sexual, por tanto se puede aseverar la influencia del sexo sobre las actitudes frente a la sexualidad.

Los resultados parecen ser coherentes con lo que Larrañaga, Yubero y Yubero (2012) afirman sobre las percepciones de las mujeres hacia la sexualidad. Según los autores, las mujeres suelen vincular las relaciones sexuales con las relaciones amorosas, dando mucha más importancia a la demostración de afecto y amor, besos, caricias y el coqueteo, siendo menos importante el coito o la satisfacción de haberlo hecho (Nieto, 1995 c.p. García, 2005), lo cual permite que nieguen el hecho de que en la vejez, las personas adultas mayores puedan llegar al coito como un acto simplemente carnal donde se dé y reciba placer, validando así su forma de percibir la sexualidad como una experiencia meramente afectiva.

En relación con los hombres, éstos suelen mostrarse más propensos a tener relaciones sexuales ante la ocasión y una persona dispuesta, donde prevalecen aspectos sobre el atractivo físico y el placer sexual (García, 2005; Larrañaga y cols., 2012), es decir, el hombre suele relacionar la actividad sexual desde lo carnal más que desde la experiencia afectiva, siendo entonces más proclive a presentar prejuicios asociados a la discapacidad sexual del adulto mayor, pues si no se es sano físicamente el acto sexual pierde valor.

Con respecto al nivel de instrucción se evidencia que las personas que reportaron tener un título universitario mostraron una mayor tendencia a responder de forma positiva en

las tres dimensiones, presentándose mayor tendencia a valorar prejuiciosamente con un nivel de instrucción menor. Estos resultados son semejantes a los conseguidos en la investigación realizada por Cerquera y cols. (2012), donde los adultos que tenían estudios superiores fueron quienes presentaron un mayor porcentaje respuestas positivas sobre la vida sexual de los ancianos; de igual modo, en otros estudios se encontró que se presentan actitudes más positivas a mayor nivel de instrucción de los sujetos (Hernández, 2008 c.p. Cerquera y cols., 2012; Fernández-Ballesteros, 2011).

En cuanto a las áreas de conocimientos de los participantes, se puede identificar que los sujetos con conocimientos en Ciencias de la Salud son aquellos que presentan mayor tendencia a responder prejuiciosamente en las tres dimensiones de la escala, con respecto a las demás áreas de conocimiento, lo cual tiene relación con varias investigaciones donde se ha demostrado que los profesionales de la salud suelen tener mayores prejuicios hacia la sexualidad en general y más explícitamente en la vejez (Muñoz, 2013; Campos y Salgado, 2013; Castellano y De Miguel, 2011; Fernández-Ballesteros, 2011; Nussbaum y cols., 2011). Según Muñoz (2013), por ejemplo, en las áreas de enfermería si bien se explica y trabaja en un cuidado integral y holístico de la persona, se omite que en ella existe un patrón sexual, convirtiéndolo en un tema tabú; además, en las instituciones sanitarias la sexualidad no se es contemplada y, en algunos casos, hasta se prohíbe su expresión, pasando a ser algo secundario o inexistente para el bienestar del paciente.

Asimismo, se evidenció altas cargas negativas en las respuestas de los participantes pertenecientes a las áreas de Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías; éstos resultados dejan la interrogante sobre la posible educación, información y/o contacto que las personas pueden tener sobre la sexualidad en los adultos mayores. Por su parte, no se presentan diferencias en aquellas personas con conocimientos en Humanidades y Educación y Ciencias Económicas y Sociales, mostrando que si posees estudios en esa área puedes o no presentar prejuicios hacia la sexualidad en la vejez, en sus tres dimensiones; mientras que las personas que reportaron tener conocimientos en las demás áreas presentaron más actitudes positivas en sus respuestas. Los resultados indican que en áreas más humanísticas se tiende a validar la sexualidad como un hecho más natural del ser humano partiendo de estereotipos más positivos. Sin embargo, estos resultados no pueden ser confirmados en la presente investigación debido a que no se poseía grupos homogéneos.

Ahora bien, dentro del tópico nivel de contacto intergrupar se destaca los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia de interacción con personas longevas. Aquellos participantes que poseen una frecuencia de interacción baja, presentan mayor tendencia a responder prejuiciosamente en las tres dimensiones de la escala, mientras que aquellas personas que tienen una frecuencia de interacción alta presentan más actitudes positivas en las dimensiones. Lo anterior es coherente a lo expuesto por diversos autores (Smith, 2006; Pinazo, 2013; Camilli, Millán y Tirro, 2010), que señalan la importancia de la relación y el contacto directo entre jóvenes y ancianos. El contacto intergrupar es clave para disminuir las actitudes prejuiciosas ya que, al relacionarse y mantener un acercamiento con el otro aumenta el conocimiento mutuo, produciendo cambios en las representaciones cognitivas de las personas promoviendo el trato individualizado y el respeto entre ellos.

Por su parte, la relación entre prejuicios y tipo de nexos con personas longevas, no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones, es decir, que una persona sea o no prejuiciosa en cualquiera de las categorías puede o no tener vinculación familiar, laboral, académico o amistosa, con personas adultas mayores (ver anexo D) Si bien no hay diferencias, se puede identificar que aquellas personas que tienen un tipo de relación laboral con personas adultas mayores, presentan mayor tendencia a responder positivamente en las tres dimensiones de la escala, lo cual señala que dentro de ámbitos laborales el anciano se muestra como un ser mucho más productivo y útil.

Estos resultados llaman la atención pues se esperaba que fuera el contacto familiar aquel que presentara mayor cantidad de respuestas positivas con respecto a la variable a estudiar. Varios estudios han demostrado que son los hijos y la familia el mayor apoyo que perciben los adultos mayores, además de brindar apoyo emocional e instrumental; siendo las hijas, especialmente, quienes brindan mayor soporte debido a los patrones socioculturales que imperan en nuestra sociedad, donde se les atribuye el rol de cuidadoras de sus padres (Castellano, 2014). No obstante, surge la hipótesis sobre los roles y concepciones que los familiares tienen sobre los ancianos y cómo este tipo de relación está afectando o influenciando las experiencias relacionadas a la sexualidad en ambas partes.

Es importante señalar, que dentro de las opciones de respuesta, la más seleccionada fue la opción de alta frecuencia de interacción (36% de los participantes); esto indica que, tal como lo aseveran las estadísticas, dentro de la sociedad venezolana la presencia de adultos

mayores en distintos contextos va en ascenso, por tanto se observará un aumento en la frecuencia de interacción entre jóvenes, adultos y longevos, siendo éstas relaciones en su mayoría a nivel familiar, seguidas por contacto a nivel laboral y académico.

En suma, las actitudes presentes en los adultos jóvenes venezolanos en términos generales, suelen ser mucho más prejuiciosas en la dimensión sexualidad como experiencia afectiva. Estos datos pueden arrojar información sobre cómo la población opina y entiende la sexualidad en la vejez, siendo ésta la expresión de afecto, comprensión y confianza por medio de caricias, besos y roces físicos, atribuyéndole a los años la madurez y conocimiento necesario con relación a temas sexuales. Altas valoraciones negativas en dicha dimensión pueden convivir con la creencia de la imposibilidad de una relación coital por las atribuciones negativas a las condiciones físicas de los ancianos (Cerquera y cols., 2010; Campos y Salgados, 2013), de modo que, para el amor no hay edad pero para las relaciones sexuales sí la hay, presentándose entonces una doble opinión sobre el tema.

Definitivamente, los estereotipos generan en la población general distorsiones en la forma de percibir al anciano y a su sexualidad, que traen consecuencias importantes. Según lo expuesto en esta investigación, en la vejez se es activo sexualmente, aunque no se ratifique así en los imaginarios en los diferentes grupos intergeneracionales. A partir de la información recolectada, el tema aún parece desconocido y/o poco abordado por parte de los grupos más jóvenes, que si bien algunos profesionales están trabajando actualmente por ello, todavía falta un gran camino por recorrer. Esto hace necesario seguir trabajando en pro a la recodificación de estas creencias desde la aplicación de programas que fomenten actitudes y estereotipos positivos hacia la vejez y la sexualidad, pues “la capacidad de disfrutar de la afectividad y de la sexualidad dura toda la vida y, si hay condiciones adecuadas, puede ser un elemento que enriquezca positivamente la vida y las relaciones de las personas mayores” (García, 2005, p. 14).

VIII. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos sobre cuáles son las actitudes presentes en los adultos jóvenes venezolanos hacia la sexualidad en la vejez, se concluye:

Dentro del fenómeno *sexualidad en la vejez*, las dimensiones actitudinales *cognitivo y conductual* poseen una alta carga de elementos afectivos y emocionales, siendo éste un componente importante a la hora de evaluar las actitudes en la sociedad venezolana.

Los adultos jóvenes venezolanos presentan más actitudes prejuiciosas en los aspectos relacionados a la sexualidad como experiencia afectiva, lo cual hace referencia a los estereotipos asociados a la vejez y a la sexualidad que prevalecen en la sociedad venezolana.

Las actitudes hacia la sexualidad en la vejez suelen ser diferentes según el sexo de los participantes, subrayándose la importancia en las diferencias psicosociales entre hombres y mujeres. Así mismo, las personas más jóvenes dentro de la muestra, presentan más actitudes prejuiciosas que los adultos de mayor edad, y éstas son moderadas según el sexo.

Por otro lado, aquellas personas con estudios universitarios presentan más actitudes positivas que las personas con estudios secundarios, haciendo alusión sobre el posible impacto de la educación, como uno de los factores relevantes en la construcción de actitudes menos prejuiciosas.

Las personas pertenecientes y/o con conocimientos en el área de la Salud presentan mayor tendencia a responder prejuiciosamente hacia la sexualidad en la vejez, con respecto al resto de las áreas de conocimiento, haciendo referencia a las posibles fallas en la formación y enseñanza en instituciones académicas y sociales con respecto a la sexualidad en la vejez.

Se presentan actitudes más positivas en personas que mantengan una frecuencia de interacción alta con personas adultas mayores que en personas con una frecuencia de interacción baja, reafirmando la importancia del contacto intergrupar en diferentes contextos.

Por último, no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre las actitudes de los adultos jóvenes venezolanos y el tipo de relación existente con personas longevas, presentándose mayor tendencia a responder positivamente con una tipo de nexo laboral, dejando a la luz interrogantes sobre los posibles roles y concepciones que se tiene del anciano dentro de la sociedad venezolana.

IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En el proceso de la investigación se encontraron algunas limitaciones y recomendaciones entre las cuales se destacan las siguientes:

Como primera limitación, los resultados obtenidos forman parte de una muestra seleccionada principalmente del área metropolitana de Caracas, por lo cual los resultados no pueden generalizarse a nivel nacional dado que el comportamiento de la muestra estudiada no constituye una muestra representativa de la población venezolana. Por tanto, se recomienda replicar el estudio en diferentes estados venezolanos, siendo la zona de residencia una variable demográfica a tomar en cuenta, con la intención de obtener datos que permitan la generalización de los resultados, y conocer si existen variaciones en las actitudes según las diferentes regiones venezolanas.

De igual manera, los datos no pueden ser confirmados ya que no se poseía grupos homogéneos según las diferentes variables seleccionadas, por esto se sugiere su consideración para futuros estudios, lo cual permitirá contrastes más consistentes con la realidad.

Así mismo, se recomienda replicar la investigación con un grupo de edad más amplio (donde se incluyan jóvenes, adultos y adultos mayores), para conocer las diferencias entre los diversos grupos etarios, y explorar las actitudes de los participantes según el sexo de los adultos mayores, indagando las diferencias existentes entre las actitudes hacia la sexualidad del anciano y la sexualidad de la anciana.

Por otro lado, se invita a identificar dentro de los participantes pertenecientes a Humanidades y Educación, las actitudes presentes en estudiantes y profesionales de la Psicología, con el propósito de conocer con exactitud los niveles de prejuicios en esta área de conocimiento.

Con respecto a la Escala utilizada (ACSEX-R), se recomienda, para revisiones futuras, tomar en cuenta la reestructuración de los ítems y/o la modificación de la forma de presentarlos, la utilización de reactivos icónicos, diferencial semántico, etc., con el objetivo de aproximarse de forma más adecuada a la evaluación de los componentes actitudinales, claramente diferenciados, que interactúan en el fenómeno sexualidad en la vejez.

Finalmente, se exhorta en futuras investigaciones, la aplicación de la Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez, junto con otros instrumentos de recolección de información, tales como entrevistas individuales y/o grupos focales, escalas de actitudes hacia la vejez, entre otras, que permitan continuar la exploración de las actitudes hacia la vejez y su sexualidad.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere el diseño de programas informativos-formativos que permitan fomentar actitudes y estereotipos más positivos sobre la sexualidad en la vejez, y mejorar las relaciones intergrupales entre los diferentes grupos etarios y profesionales del área de la salud.

X. REFERENCIAS

- Allport, G. (1935). *Attitudes*. En Murchibon, C. (ed). Handbook of social psychology. Worcester Mass: Clark University Press.
- Alpízar, R., López, A., y Mena, O. (2012). Caracterización de la sexualidad de los adultos mayores de los círculos de abuelos de Palmira Norte y Sur. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* [Versión Electrónica], en <http://caribeña.eumed.net/caracterizacion-de-la-sexualidad-de-los-adultos-mayores-de-los-circulos-de-abuelos-de-palmira-norte-y-sur/>
- Aponte, L. (2013). *Vivencia de la sexualidad masculina en los años dorados: un enfoque biopsicosocial*. Escuela de Psicología, Universidad Metropolitana, Caracas. Tesis no publicada.
- Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Última década*, 27, p. 75-91.
- Becerril, R. (2011). Cuerpo, cultura y envejecimiento. Análisis de la imagen corporal en la publicación “60 y más” (IMSERSO). *Ágora para la fe y el deporte*, 13(2), 139-164.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2004). Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 6(3), 65-82.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2005). Imagen del cuerpo en los adultos mayores. El caso de la población montevideana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 4(3), 43-54.
- Boher, G. y Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology* (62), 391-411.
- Cabrera, S. (2009). Valoración de los factores psicosociales que afectan a la sexualidad en la vejez e influencia percibida en la actividad sexual. *Revista Hospitalarias*, 195-196. Recuperado del sitio web http://www.revistahospitalarias.org/info_2009/01_195_11.htm
- Camilli, C., Millan, A. y Tirro, V. (2010). Una mirada al significado que le atribuyen a la vejez los jóvenes estudiantes de la Universidad Metropolitana de Caracas, Venezuela. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 10(2), 227-251.
- Campos, M. y Salgado, E. (2013). Percepción sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de la facultad de psicología de ALACIT y su relación con el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo con adultos mayores. *Revista Rhombus ULACIT*, 10(1), 1-30

- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (14)3, pp. 365-377.
- Cerquera, M., Álvarez, J. y Saavedra, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4 (1), 73-87
- Cerquera, A., López, K., Nuñez, Y. y Porras, E. (2013). Sexualidad femenina en la tercera edad. *Informe Psicológicos*, 13(2), 135-147.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. (8° ed.). México: Prentice Hall.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. (9° ed.). México: Prentice Hall.
- Cobo, J. (2009). *Patología Geriátrica*. España: Formación Continuada Logoss. S.L.
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2000). *Pruebas y evaluación Psicológicas*. México: Mc Graw Hill.
- Dávila, E., Ojeda, J., Fosado, E., Soto, V. y Hernández, C. (2012). Morbilidad cognitiva en el anciano y su relación con la anestesia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 405-411.
- Eagly, A. y Chaiken, S. (2005). Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. En D. Albarracín, B. Jonson, y M. Zanna. *The Handbook of Attitudes* (743-767). Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum.
- Echenique, L. (2006). *Estudio de sexualidad en la Tercera Edad*. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Austral de Chile. Tesis no Publicada.
- Fabà, J. y Villar, F. (2011). Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): Qué sabemos y qué necesitamos saber. *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14(5), 25-47.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. En J. Dotú (presidente), *Monografías Humanitas, publicación trimestral de carácter monográfico*. Barcelona, España.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Limitaciones y posibilidades de la edad*. En J. Vicente, *Envejecimiento activo*. IMSERSO, Madrid, España.
- Freixas, A. y Luque, B. (2009). El secreto mejor guardado: la sexualidad de las mujeres mayores. *Política y Sociedad*, 46(1-2), 191-203.

- García, J. (2005). La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid, Portal Mayores. *Informes Portal Mayores*, 41. Recuperado de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>
- García, A. (2009). *Mayores y jóvenes, los beneficios de su relación Cuando la comunicación entre ambos grupos mejora, evolucionan a la vez aspectos emocionales y cognitivos*. Recuperado el 31 de enero de 2017, de http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2009/10/23/188765.php#sthash.YVf6MmVy.4ZWQOhCz.dpuf
- Gutiérrez, M. y Hernández, D. (2013). Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *Pedagogía Social Revista interuniversitaria*, 21, 213-235.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª. ed.). México, DF: McGraw-Hill.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (5a Ed.). Madrid, España: Pearson-Prentice Hall.
- Hogan, T. (2003). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México: Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *La transición demográfica en la República Bolivariana de Venezuela, 2000-2005*. Recuperado el 30 de mayo de 2015, de http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/Censo2011/Boletin_Transicion_Demograf/BoletinTransDemogRBV-2000-2050.pdf
- Jensen, F. y Vogel, N. (2007). *Percepciones en torno al envejecimiento en jóvenes universitarios: apuntes en torno a la profecía autocumplida*. Ponencia presentada en el VI Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile.
- Jiménez, E. (2003). *La sexualidad en el adulto mayor*. Asociación Mexicana para la salud sexual [Página Web]. Recuperado el 01 de septiembre de 2016, en <http://www.amssal.org.com>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ª. ed.). México, DF: McGraw-Hill/Interamericana.
- Larrañaga, E., Yubero, S. y Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 5-13.
- Lasagni, V., Rodríguez, M., Bernal, R., Tuzzo, M., Heredia, D., Muñoz, L., Palermo, N., Torrealba, L., Crespo, E., Gavira, G., Palacios, M., Villarroel, C., Fahmy, W., Charamelo, A. y Díaz, P. (2012). *Estereotipos hacia la Vejez en Adultos Mayores y en*

- Estudiantes Universitarios en diez países de América Latina*. Recuperado el 30 de mayo de 2015, del sitio web de Red Latinoamérica de Gerontología: <http://www.gerontologia.org/portal/noticia.php?id=2476>
- López, F. y Olazábal, J. (1998). *Sexualidad en la Vejez*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Lozano-Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100.
- Naciones Unidas. (2014, 12 de noviembre). *En América Latina el siglo XXI estará marcado por el envejecimiento*. Recuperado el 30 de mayo de 2015, en el sitio web Centro de Noticias ONU http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=30961#.VXMw3dJ_Oko
- Nezu, A., Maguth, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Nistal, P. (2012). *Indicadores físicos y psicológicos de la calidad de vida en personas mayores (50-70 años) sedentarias según la metodología de intervención en la actividad física*. Departamento de Morfología y Biología Celular. Universidad de Oviedo. Tesis no publicada.
- Nussbaum, J., Miller-Day, M. y Fisher, C. (2011). *Comunicación e intimidad. Las relaciones íntimas a lo largo de la vida*. España: Editorial UOC.
- Magnusson, D. (1975). *Teoría de los Test*. México: Trillas.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana 1. Introducción, biología*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Matusevich, D., Vairo, M., Ruiz, M. y Pisa, H. (2006). Sexualidad en las demencias: estudio de casos. *Vertex, revista argentina de psiquiatría*, 17(66), pp. 129-135.
- Mecohisa. (2011). *El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.
- Melero, L. (2006). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores, Análisis de las variables evolutivas del cambio de actitudes en adolescentes y jóvenes. *Comunicación e Ciudadanía*, 4, 1-19.
- Molina, M. (2013). *Actitud del Adulto Mayor ante su Sexualidad*. Escuela de Psicología, Universidad Rafael Urdaneta, Caracas. Tesis no publicada.
- Montes, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a la*

- Investigación* [Revista electrónica] Universidad de Jaén, 3. Disponible en <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/202/183>
- Morales, J., Gaviria, E., Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. (3ª ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Muñoz, M. (2013). *Valoración del patrón sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios*. Escola Superior d'infermeria del Mar. Barcelona.
- Ocampo, J. y Gutiérrez, J. (2005). Envejecimiento del sistema cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 12(2), 53-63.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Día mundial de la salud. 2012 - ¿Está usted preparado?* Recuperado de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index3.html>
- Orozco, I. y Rodríguez, D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*, 8(1), 3-10.
- Palmore, E. (1999). *Ageism, negative and positive*. (2ª Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Paluck, E. y Green, D. (2009). Prejudice Reduction: What Works? A Review and Assessment of Research and Practice. *Annual Review of Psychology* (60), 339-337.
- Perdomo, I., Oria, N., Segredo, A. y Martín, X. (2013). Conducta sexual de los adultos mayores en el área de salud Tamarindo, 2010. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1).
- Pérez, V. (2008). Sexualidad humana. Una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana Médica General Integral*, 24(1). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi10108.pdf>
- Pinazo, S. (2013). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. *En Información psicológica*, 105, 4-13.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Real Academia Española (2016). *Diccionario de la lengua española* [23º Edición]. Madrid: Espasa Libros

- Ribera, J. (2004). ¿Qué es envejecer? En J. D. (presidente), *Monografías Humanitas, Publicación trimestral de carácter monográfico*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (4ta ed.). México D. F.: Trillas.
- Rueda, I., Fernández, A. y Herrero, A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones Regionales*, 26, 141-158.
- Salech, F., Jara R. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 23(1), 19-29.
- Salinas, A. y Jarillo, E. (2012). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 733-742.
- Sarmiento, G., Pagola, J. y Oramas, L. (1999). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista de Sexología y Sociedad*, 5(3), 29-32.
- Sierra, J. (1991). Tratamiento conductual de las disfunciones sexuales. En Buela-Casal, G., Caballo, V. (Eds.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XX.
- Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: Modelos e hipótesis. *Actualidades en psicología*, 20(107), 45-71.
- Sulbarán, D. (2009). *Medición de actitudes*. Mimeografiados de la Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.
- Urquiza, A., Thumala, D., Arnold-Cathalifaud, M. y Ojeda, A. (2007). Sexualidad y tercera edad: el imaginario juvenil. *Revista de la Universidad de Oriente*, 115, 463-476.
- Valera, J. (1997). Ancianidad y desarrollo: ¿antítesis? *Revista Mexicana de Psicología*, 14, pp. 41-54.
- Vicente, J. (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid, España: IMSERSO.
- Vianchá, M., Bahamón, M., Tobos, A., Alarcón, L. y Uribe, I. (2012). *Sexualidad en jóvenes: un análisis desde el modelo ecológico*. *Tesis Psicológica*, 7(2), 75-89.
- Wong, L., Álvarez, Y., Domínguez, M., Santos, Y. y González, A. (2010). La sexualidad en ancianos de la parroquia Dalla Costa, municipio Caroní, Estado Bolívar, Venezuela. *Revista Médica Electrónica On-line*, 32(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Wong, L., Álvarez, Y., Domínguez, M., y González, A. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista Medica Electrónica On-line*, 32(3). Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v32n3/spu11310.pdf>

XI. ANEXOS

Anexo A. Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (versión previa).

ESCALA SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Iniciales _____ Edad _____ Género: F ____ M ____

Nivel de instrucción: Primaria ☐ Bachiller ☐ TSU ☐ Universitario ☐

Área de conocimiento:

Arquitectura, Ingenierías y tecnologías ☐ Ciencias Económicas y Sociales ☐ Ciencias de la Salud ☐

Humanidades y Educación ☐ Ciencias Jurídicas y Políticas ☐

Artes gráficas, publicidad y medios digitales ☐ Otra ☐ _____

Nivel de contacto:

¿Con qué frecuencia interactúa usted con personas adultas mayores?

Poca ☐ Mucho ☐ Bastante ☐

(0 a 2 veces por semana) (3 a 4 veces por semana) (5 a 7 veces por semana)

¿Cómo es el tipo de relación que usted tiene con personas adultas mayores?

Familiar ☐ Laboral ☐ Académico ☐ Amistad ☐ Ninguna de las anteriores ☐

A continuación se presenta una serie de enunciados sobre la sexualidad en la vejez. Para conocer su opinión, debe leer atentamente cada una de las proposiciones y marcar la opción que usted considere que representa mejor su propio criterio. Marque con una "X" su respuesta indicando en qué medida está **totalmente en desacuerdo** (TD), en **desacuerdo** (D), **indiferente** (I), de **acuerdo** (A) y **totalmente de acuerdo** (TA) con respecto a cada uno.

Recuerde ser lo más sincero posible. En esta escala no hay respuestas correctas e incorrectas y se garantiza su confidencialidad y anonimato en las respuestas.

¡Gracias por su colaboración!

		TD	D	I	A	TA
1	Considero que las personas adultas mayores no tienen sexo					
2	Me desagrada imaginar a las personas adultas mayores buscando pareja sexual					
3	En la vejez es menos importante el placer sexual					
4	Pienso que en la vejez se disminuye el rendimiento sexual de la persona					
5	Me es cómodo imaginar a una pareja de adultos mayores dándose abrazos, caricias y besos eróticos					
6	Tener pareja sexual en la vejez significa que existe comprensión entre ambos					
7	Me río cuando imagino a dos personas adultas mayores teniendo relaciones sexuales					
8	Soy capaz de hablar con las personas adultas mayores acerca de su sexualidad					
9	Las personas adultas mayores experimentan deseo sexual					
10	Me es agradable pensar que una pareja de adultos mayores puedan tener vida sexual activa					
11	Pienso que las personas adultas mayores tienen más conocimiento acerca del sexo					
12	Las personas adultas mayores son más maduras sexualmente					
13	Prefiero no hablar acerca de la sexualidad que viven las personas adultas mayores					
14	En la vejez las personas se masturban					
15	Las personas adultas mayores no realizan juegos eróticos en su actividad sexual					
16	Me agrada imaginarme a dos personas adultas mayores besándose apasionadamente					

	Totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), indiferente (I), de acuerdo (A) y totalmente de acuerdo (TA)	TD	D	I	A	TA
17	La pérdida del atractivo físico reduce la sexualidad en la vejez					
18	Creo que en la vejez las condiciones físicas de la persona limitan su sexualidad					
19	En la vejez los hombres necesitan siempre medicación para mantener una vida sexual activa					
20	Los adultos mayores casi nunca tienen relaciones sexuales					
21	La sexualidad en la vejez está asociada al vínculo afectivo					
22	Me es cómodo pensar que dos adultos mayores realicen juegos eróticos en su intimidad sexual					
23	Apruebo que las personas adultas mayores puedan besarse apasionadamente en público					
24	Cuando dos personas adultas mayores están juntas sexualmente es porque hay confianza entre ellos					
25	Me incomoda saber que los adultos mayores tienen deseos sexuales					
26	En la vejez las mujeres no necesitan medicación para mantener una vida sexual activa					
27	Me alejo al escuchar a las personas adultas mayores hablando de su sexualidad					
28	Imaginar a dos personas adultas mayores dándose afecto erótico es desagradable					
29	Creo que a partir de los 70 años la persona disminuye su actividad sexual					
30	Prefiero no ver escenas de amor donde los protagonistas sean dos personas adultas mayores					
31	Pienso que en la vejez es imposible llegar al orgasmo					
32	En la vejez, las caricias, abrazos y besos eróticos son más frecuentes que el coito					
33	Las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta los últimos años de vida					
34	Me incomoda pensar en una pareja de adultos mayores abrazados eróticamente					
35	Tener pareja sexual en la vejez significa que hay amor entre ambos					
36	Me agrada conversar sobre la sexualidad en la vejez					
37	Las parejas adultas mayores son prueba de que el amor verdadero existe					
38	Rechazo la idea de que dos personas adultas mayores se besen y abracen eróticamente en público					
39	A partir de los 70 años las personas ya no buscan parejas con interés sexual					
40	Siento repulsión al imaginar que dos personas adultas mayores tienen relaciones sexuales					
41	En la vejez no se es activo sexualmente					
42	Evito pensar en dos personas adultas mayores besándose y acariciándose de forma erótica					

Anexo B. Entrevista

Para ti, ¿Qué es la sexualidad?

¿Sexualidad y sexo son lo mismo?

¿Quiénes pueden tener sexo?

¿Consideras que hay relación entre la sexualidad, la edad y la imagen corporal de la persona?

En tu opinión, ¿a partir de qué edad considerarías a alguien anciano/adulto mayor/ viejo?

¿Qué piensas sobre la sexualidad en los adultos mayores?

Estructura tres afirmaciones sobre los adultos mayores y su sexualidad.

¿Crees que hay diferencias entre la sexualidad que viven los jóvenes, adultos y ancianos?

¿Por qué?

¿Qué reacciones tienes cuando ves a dos adultos mayores mostrándose afecto?

Al mirar estas imágenes



¿Qué se te viene a la mente?

¿Qué tipo sentimientos experimentas?

Se observa la conducta verbal y no verbal de sujeto

Anexo C. Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez (ACSEX-R).**ESCALA SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ**

Iniciales _____ Edad _____ Sexo: F ____ M ____

Nivel de instrucción: Primaria ☐ Bachiller ☐ TSU ☐ Universitario ☐**Área de conocimiento:**Arquitectura, Ingenierías y Tecnologías ☐ Ciencias Económicas y Sociales ☐ Ciencias de la Salud ☐Humanidades y Educación ☐ Ciencias Jurídicas y Políticas ☐Artes gráficas, publicidad y medios digitales ☐ Otra ☐ _____**Nivel de contacto:**

¿Con qué frecuencia interactúa usted con personas adultas mayores?

Poca ☐Moderado ☐Bastante ☐

(0 a 2 veces por semana)

(3 a 4 veces por semana)

(5 a 7 veces por semana)

¿Cómo es el tipo de relación que usted tiene con personas adultas mayores?

Familiar ☐Laboral ☐Académico ☐Amistad ☐Ninguna de las anteriores ☐

A continuación se presenta una serie de enunciados sobre la sexualidad en la vejez. Para conocer su opinión, debe leer atentamente cada una de las proposiciones y marcar la opción que usted considere que representa mejor su propio criterio. Marque con una "X" su respuesta indicando en qué medida está **totalmente en desacuerdo (TD)**, en **desacuerdo (D)**, **indiferente (I)**, de **acuerdo (A)** y **totalmente de acuerdo (TA)** con respecto a cada uno.

Recuerde ser lo más sincero posible. En esta escala no hay respuestas correctas e incorrectas y se garantiza su confidencialidad y anonimato en las respuestas.

¡Gracias por su colaboración!

		TD	D	I	A	TA
1	Considero que las personas adultas mayores no tienen sexo					
2	Me desagrada imaginar a las personas adultas mayores buscando pareja sexual					
3	En la vejez es menos importante el placer sexual					
4	Pienso que en la vejez se disminuye el rendimiento sexual de la persona					
5	Me es cómodo imaginar a una pareja de adultos mayores dándose abrazos, caricias y besos eróticos					
6	Tener pareja sexual en la vejez significa que existe comprensión entre ambos					
7	Me río cuando imagino a dos personas adultas mayores teniendo relaciones sexuales					
8	Soy capaz de hablar con las personas adultas mayores acerca de su sexualidad					
9	Las personas adultas mayores experimentan deseo sexual					
10	Me es agradable pensar que una pareja de adultos mayores puedan tener vida sexual activa					
11	Pienso que las personas adultas mayores tienen más conocimiento acerca del sexo					
12	Las personas adultas mayores son más maduras sexualmente					
13	Prefiero no hablar acerca de la sexualidad que viven las personas adultas mayores					
14	En la vejez las personas se masturban					
15	Las personas adultas mayores no realizan juegos eróticos en su actividad sexual					
16	Me agrada imaginarme a dos personas adultas mayores besándose apasionadamente					

	Totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), indiferente (I), de acuerdo (A) y totalmente de acuerdo (TA)	TD	D	I	A	TA
17	La pérdida del atractivo físico reduce la sexualidad en la vejez					
18	Creo que en la vejez las condiciones físicas de la persona limitan su sexualidad					
19	En la vejez los hombres necesitan siempre medicación para mantener una vida sexual activa					
20	Los adultos mayores casi nunca tienen relaciones sexuales					
21	La sexualidad en la vejez está asociada al vínculo afectivo					
22	Me es cómodo pensar que dos adultos mayores realicen juegos eróticos en su intimidad sexual					
23	Apruebo que las personas adultas mayores puedan besarse apasionadamente en público					
24	Cuando dos personas adultas mayores están juntas sexualmente es porque hay confianza entre ellos					
25	Me incomoda saber que los adultos mayores tienen deseos sexuales					
26	Me alejo al escuchar a las personas adultas mayores hablando de su sexualidad					
27	Imaginar a dos personas adultas mayores dándose afecto erótico es desagradable					
28	Creo que a partir de los 70 años la persona disminuye su actividad sexual					
29	Prefiero no ver escenas de amor donde los protagonistas sean dos personas adultas mayores					
30	Pienso que en la vejez es imposible llegar al orgasmo					
31	En la vejez, las caricias, abrazos y besos eróticos son más frecuentes que el coito					
32	Las personas adultas mayores pueden tener relaciones sexuales hasta los últimos años de vida					
33	Me incomoda pensar en una pareja de adultos mayores abrazados eróticamente					
34	Tener pareja sexual en la vejez significa que hay amor entre ambos					
35	Me agrada conversar sobre la sexualidad en la vejez					
36	Las parejas adultas mayores son prueba de que el amor verdadero existe					
37	Rechazo la idea de que dos personas adultas mayores se besen y abracen eróticamente en público					
38	A partir de los 70 años las personas ya no buscan parejas con interés sexual					
39	Siento repulsión al imaginar que dos personas adultas mayores tienen relaciones sexuales					
40	En la vejez no se es activo sexualmente					
41	Evito pensar en dos personas adultas mayores besándose y acariciándose de forma erótica					

¡Gracias por su colaboración!

Anexo D. Cuadro resumen de los resultados obtenidos en la investigación.

